Resarch Section

স্ত্রী-রোগ।

DISEASES OF WOMEN

IN

BENGALI

BY

GIRISH CHANDRA BAGCHEE,

ASSISTANT MEDICAL OFFICER, POLICE HOSPITAL, CALCUTTA.

REVISED AND CORRECTED

BY

RAI DOYAL CHANDRA SHOME BAHADUR, M. B.,

FORMERLY TEACHER OF MIDWIFERY AND GYNÆCOLOGY, CAMPBELL MEDICAL SCHOOL, OBSTETRICIAN AND GYNÆCOLOGISTS TO THE CAMPBELL HOSPITAL, CALCUTTA, AND HONORARY ASSISTANT SURGEON TO HIS EXCELLENCY THE VICEROY AND GOVERNOR GENERAL OF INDIA.
&c. &c.

Calcutta:

PRINTED AND PUBLISHED BY SANYAL & Co.,
AT THE BHARAT MIHIR PRESS, 26, SCOTT'S LANE.

1899.

TO

Major J. B. Gibbons, I. M. S.

Police Surgeon, Coroner's Surgeon, Superintendent, Calcutta Police Hospital, Campbell Medical School and Hospital, Voluntary Venereal Hospitals; Professor of Medical Jurisprudence, Calcutta Medical College, &c. &c.

THROUGH

WHOSE KIND GUIDANCE, ENCOURAGEMENT AND ASSISTANCE,

IT HAS BEEN WRITTEN AND PUBLISHED,

THIS BOOK

IS

MOST RESPECTFULLY

DEDICATED

AS AN HUMBLE TOKEN OF SINCERE ESTEEM AND GRATITUDE

By his most obedient servant,

THE AUTHOR.

PREFACE BY THE AUTHOR.

The study of the Science of Treatment of Female Diseases has, it is true, commenced in Bengal but recently as compared with that in European Countries; but for want of a proper text-book on the subject in the Vernacular language, it has not as yet made a fair progress. With a view to partly remove this want, I have compiled this book and tried to make it useful both to students and practitioners, and in doing so I have taken as my guide the well-known treatise on Diseases of Women by Dr. Macnaughton-Jones, and with his kind permission largely availed myself of his labours. I have also consulted a large number of other authoritative works on the subject, and brought to bear upon it my own experience gained through a pretty long connection with Brigade Surgeon Lieut. Col. C. H. Joubert, Professor of Midwifery and Diseases of Women in the Calcutta Medical College, in the treatment of patients in the Eden Hospital and also in private practice.

I have endeavoured to make the work thoroughly practical and at the same time exhaustive and up to date in every particular. It is quite possible, however, that in my anxiety to be simple and brief I have now and then had to sacrifice grace of style, but such transgressions are not many, and if my readers will kindly draw my attention to slips of this nature, I shall endeavour, in a future edition, to make the

necessary corrections. I have spared no means to make this volume as acceptable to the student and as useful to the practitioner as I could, and I leave it to the gentle reader to judge me by the result.

My sincerest thanks are due to Dr. Doyal Chandra Shome, M.B., Rai Bahadur, the well-known specialist in Female Diseases who has kindly looked through the manuscripts for which I shall be grateful to him for ever.

CALCUTTA,
118, Amherst Street,
The 21st July, 1899.

GIRIS CHANDRA BAGCHEE.

PREFACE

BY RAI DOYAL CHANDRA SHOME BAHADOOR, M. B

I heartily welcome the publication of this book, as it will supply a want that has been long felt, but has now become pressing, owing to the increasing number of female medical practitioners, who have no work in vernacular on Gynæcology which they can consult and refer to.

The movement of Her Excellency the Marchioness of Dufferin has for its chief object the treatment of female diseases by female practitioners. For not only the *purda-noshin* women of this country, who have scarcely any objection to being treated by male practitioners in cases of ordinary diseases ; but also women of the lower classes have, as a rule, a great repugnance to treatment by male practitioners in diseases connected with the organs of generation. Moreover, when such diseases begin to make ravages, from their great reluctance to speak about them, even to their male relatives, they are eventually obliged to put themselves under the hands of ignorant Dhais, who, in nine cases out of ten, make their condition worse.

The opening of our medical colleges to female students and the advent of female medical graduates from Europe have no doubt increased the number of qualified female practitioners. But as they can be found

only in large towns and as their number is disproportionately small, we have to depend entirely on the graduates of the Vernacular Medical Schools. These, while at school, have to devote much time to other subjects, and have no sufficient field for clinical teaching in the hospitals attached to their schools, and no good books to guide them. A really good book which they can consult when engaged in practice is a desideratum in the hands of every female practitioner, as it would materially help her sex suffering from internal diseases.

The author of this book, a graduate of the Campbell Medical School, was the best student of his time in my class. I was struck with the zeal he displayed to learn the subject of Gynæcology practically. After leaving school he attended a large number of cases with me. And as he is a good Bengallee scholar, I thought he could well translate into Bengali a good English work on the subject. He readily took up the idea and has found ways and means to carry it out. He has selected Macnaughton Jones's book as his guide. I promised to look through his manuscripts, which were written so well that they required very few corrections at my hands. The public, however, will judge its merits best.

DOYAL CHANDRA SHOME.

স্ত্রী-রোগ।

কলিকাতা পুলিশ হস্পিটালের সহকারী চিকিৎসক

শ্রীগিরীশচন্দ্র বাগছী

কর্ত্তৃক সঙ্কলিত।

মহামান্য রাজপ্রতিনিধি বড়লাট বাহাদুরের ভূতপূর্ব্ব অনারারী এসিষ্টাণ্ট-
সার্জ্জন, ক্যাম্বেল মেডিকেল স্কুলের স্ত্রীরোগ এবং ধাত্রীবিদ্যার
শিক্ষক, ক্যাম্বেল হস্পিটালের অবষ্ট্রিসিয়ান এবং
গাইনোকলজিষ্ট, ধাত্রী শিক্ষা প্রভৃতি
গ্রন্থ প্রণেতা

সুপ্রসিদ্ধ

শ্রীযুক্ত রায় দয়ালচন্দ্র সোম এম্. বি বাহাদুর কর্ত্তৃক

সংশোধিত।

কলিকাতা

২৬নং স্কটস্ লেন, ভারতমিহির যন্ত্রে, সান্যাল এণ্ড কোম্পানী দ্বারা
মুদ্রিত ও প্রকাশিত।

সন ১৩০৬ সাল।

মূল্য ৬৲ ছয় টাকা।

গ্রন্থকারের ভূমিকা।

ইউরোপের তুলনায় বঙ্গদেশে অল্পদিন মাত্র স্ত্রীরোগ চিকিৎসা-শাস্ত্রের পর্য্যালোচনার আরম্ভ হইয়াছে সত্য কিন্তু জাতীয় ভাষায় তদ্বিষয়ক উপযুক্ত গ্রন্থাভাব বশতঃ তাহাও উচিতরূপে পরিস্ফুট হইতে পারিতেছে না। উক্ত অভাব আংশিক দূরীকরণ মানসে সুপ্রসিদ্ধ ডাক্তার শ্রীযুক্ত ম্যাকনাটোন জোন্স মহাশয়ের সম্মতিক্রমে তাঁহার স্ত্রীরোগ গ্রন্থ অবলম্বনে ও অন্যান্য ইংরাজি গ্রন্থের সাহায্যে, ছাত্র ও চিকিৎসক—উভয় শ্রেণীস্থ লোকের উপযোগী হইতে পারে এমত ভাবে এইগ্রন্থ সঙ্কলন করিলাম। কলিকাতা মেডিকেল কলেজের ধাত্রীবিদ্যা ও স্ত্রীরোগ চিকিৎসা শাস্ত্রের অধ্যাপক ব্রিগেট সার্জ্জন লেপ্টেনেণ্ট কর্ণেল শ্রীযুক্ত ডাক্তার জুবার্ট মহাশয়ের ইডেন হস্পিটালের এবং বাহিরের চিকিৎসা কার্য্যসহ দীর্ঘকাল সংলিপ্ত থাকায় যে অভিজ্ঞতা লাভ করিয়াছি, যথোপযুক্ত স্থলে তাহাও বিবৃত করিয়াছি।

অল্প স্থানে বহু বিষয়ের আলোচনার সুবিধার্থ ভাষা শুদ্ধির প্রতি লক্ষ্য না করিয়া সরলভাবে, অল্প কথায়, অধিক বিষয় পরিব্যক্ত করিতে যত্ন করিয়াছি; তাহাতে কোন কোন স্থলে ভাষা বিষয়ে কোনরূপ অশুদ্ধি পরিলক্ষিত হওয়া অসম্ভব নহে। পাঠক মহাশয়গণ অনুগ্রহ পূর্ব্বক তাহা পরিজ্ঞাত করিলে অত্যন্ত বাধিত হইব এবং ভবিষ্যতে সংশোধন জন্য যত্ন করিব।

পরিশেষে সকৃতজ্ঞ হৃদয়ে স্বীকার করিতেছি যে সুপ্রসিদ্ধ স্ত্রীরোগ চিকিৎসক শ্রীযুক্ত ডাক্তার দয়ালচন্দ্র সোম এম. বি, রায়বাহাদুর মহোদয় অনুকম্পাবিতরণে এই গ্রন্থের হস্তলিপি সংশোধন করিয়া দিয়াছেন, তজ্জন্য তাঁহার নিকট কৃতজ্ঞতাপাশে বদ্ধ রহিলাম

কলিকাতা।
১১৮নং আমহার্ষ্টষ্ট্রীট।
২১শে জুলাই ১৮৯৯।

শ্রীগিরীশচন্দ্র বাগছী।

শ্রীযুক্ত রায় দয়ালচন্দ্র সোম এম, বি. বাহাদুর কর্তৃক

ভূমিকা।

এই গ্রন্থের ন্যায় একখানি গ্রন্থের অভাব অনেক দিন হইতে অনুভূত হইতেছে। কিন্তু এক্ষণে চিকিৎসিকাগণের সংখ্যা ক্রমশঃ বৃদ্ধি হওয়ায় এবং তাঁহাদিগের সাহায্যার্থ বঙ্গভাষায় কোন স্ত্রীচিকিৎসা গ্রন্থ না থাকায়, সেই অভাব বশতঃ তাঁহাদিগকে অত্যন্ত অসুবিধা ভোগ করিতে হইতেছে। একারণ আমি এই গ্রন্থ প্রকাশ হওয়াতে যৎপরোনাস্তি সন্তুষ্ট হইয়াছি।

স্ত্রীরোগের চিকিৎসা স্ত্রী চিকিৎসিকাগণের দ্বারা হওয়াই শ্রীশ্রীমতী লেডী ডফরীণের চেষ্টার মুখ্য উদ্দেশ্য; কারণ, এতদ্দেশীয় অন্তঃপুরবাসিনী মহিলাগণের সাধারণ রোগের চিকিৎসা পুরুষ চিকিৎসকগণ দ্বারা হইতে তাঁহাদিগের কোন আপত্তি না থাকিলেও, তাঁহারা সাধারণতঃ জননেন্দ্রিয় সংক্রান্ত রোগের চিকিৎসা পুরুষ চিকিৎসকগণ দ্বারা করাইতে নিতান্ত অনিচ্ছুক; এমন কি, নিম্ন শ্রেণীর স্ত্রীলোকও এইরূপ রোগে পুরুষ চিকিৎসক দ্বারা চিকিৎসিতা হইতে সম্মতা হয় না। পরন্তু এইরূপ রোগে আক্রান্ত হইলে, তাহারা নিজ পরিবারস্থ পুরুষগণের নিকটেও তাহা প্রকাশ করিতে নিতান্ত অনিচ্ছুক, এজন্য তাহারা শেষে বাধ্য হইয়া মূর্খ ধাইদিগের হস্তে' আত্ম সমর্পণ করে, কিন্তু এই সকল ধাই তাহাদিগের অবস্থা প্রায়শঃই অধিকতর শোচনীয় করিয়া তোলে।

এতদ্দেশীয় মেডিক্যাল কলেজ সমূহে স্ত্রী ছাত্রীগণের শিক্ষা করিবার নিয়ম হইয়াছে, এবং বিলাত হইতে চিকিৎসা বিদ্যায় ব্যুৎপন্না মহিলাগণ এদেশে আসিতেছেন; তাহাতে উপযুক্ত স্ত্রী-চিকিৎসিকাগণের সংখ্যা বৃদ্ধি হইতেছে, সন্দেহ নাই। কিন্তু তাঁহারা কেবল বড়

বড় নগরে থাকেন, এবং তাঁহাদিগের সংখ্যা দেশের লোক সংখ্যার তুলনায় নিতান্ত অল্প ; এজন্য বাঙ্গালা মেডিক্যাল স্কুল সমূহের পরীক্ষোত্তীর্ণা ছাত্রীদিগের প্রতি সম্পূর্ণ নির্ভর করিতে হয়। এইসকল পরীক্ষোত্তীর্ণা ছাত্রী যতদিন স্কুলে পাঠ করেন ততদিন তাঁহাদিগকে অন্যান্য বিষয় শিক্ষা করিতে অনেক সময় অতিবাহিত করিতে হয়, এবং তাঁহারা স্কুল সংক্রান্ত হাঁসপাতালস্থ রোগিগণের চিকিৎসা দেখিয়া শিক্ষা লাভ করিতে প্রচুর সময় প্রাপ্ত হন না, ও তাঁহাদিগের সাহায্যার্থ ভাল গ্রন্থও নাই। চিকিৎসায় প্রবৃত্ত হইয়া যে পুস্তকের সাহায্যে সুচারুরূপে চিকিৎসা করা যাইতে পারে, এরূপ একখানি উৎকৃষ্ট গ্রন্থ প্রত্যেক চিকিৎসিকার পক্ষে অতিশয় বাঞ্ছনীয়, কারণ তাহাতে অনেক পরিমাণে আভ্যন্তরিক রোগগ্রস্তা স্ত্রীলোকের কষ্ট নিবারণ হইতে পারে।

এই গ্রন্থের রচয়িতা এক জন ক্যাম্বেল মেডিক্যাল স্কুলের পরীক্ষোত্তীর্ণ ছাত্র। তিনি তাঁহার সময় আমার শিক্ষাধীন শ্রেণীর সর্ব্বোত্তম ছাত্র ছিলেন। সে সময়ে আমি তাঁহার স্ত্রীরোগ চিকিৎসা কার্য্য শিক্ষা করিবার আগ্রহাতিশয় দেখিতে পাইতাম। ঐ স্কুল হইতে উত্তীর্ণ হইবার পর তিনি আমার সঙ্গে অনেকগুলি রোগীর চিকিৎসা কার্য্য করিয়াছেন। বঙ্গভাষায় তাঁহার উৎকৃষ্ট অভিজ্ঞতা থাকায় এই বিষয়ের একখানি ভাল ইংরাজী গ্রন্থ তিনি বঙ্গ ভাষায় অনুবাদ করিতে পারেন, আমার এইরূপ বিবেচনা হওয়ায় তিনি তৎক্ষণাৎ তাহাতে ব্রতী হইয়া তাহার উপায় অবলম্বন করিয়াছেন। তিনি ম্যাক্‌নাটন জোন্‌স্ সাহেবের গ্রন্থ অবলম্বনে এইপুস্তক লিখিয়াছেন। আমি তাঁহার হস্তলিপি সংশোধন করিয়া দিবার অঙ্গীকার করি। কিন্তু তাঁহার লেখা এত উৎকৃষ্ট যে, তাহা অধিক সংশোধন করা আবশ্যক হয় নাই। সাধারণে তাঁহার গুণের উত্তমরূপ বিচার করিতে পারিবেন।

শ্রীদয়ালচন্দ্র সোম।

সূচীপত্র।

প্রথম অধ্যায়।

স্ত্রী-জননেন্দ্রিয়ের সংক্ষিপ্ত বিবরণ।

(১—২৪ পৃষ্ঠা)

দ্বিতীয় অধ্যায়।

রোগ পরীক্ষা।

(২৫—৭০ পৃষ্ঠা)

ইতিবৃত্ত।

অঙ্গুলী-পরীক্ষা (Digital Examination).

উভয় হস্ত দ্বারা পরীক্ষা (Bi-manual method)

তৃতীয় অধ্যায়।

জননেন্দ্রিয়-সংশ্লিষ্ট সামান্য অস্ত্রোপচার।

(Minor Gynæcological operation).

(৭১—৯৬ পৃষ্ঠা)

চতুর্থ অধ্যায়।

অণ্ডোৎপত্তি এবং আর্ত্তব স্রাব।

(Ovulation and menstruation).

আর্ত্তবস্রাব সংশ্লিষ্ট পীড়া (Disorders of menstruation)

পঞ্চম অধ্যায়।

কষ্টরজঃ বা বাধক।

(Dysmenorrhœa)

(১০৮—১২৫ পৃষ্ঠা)

ষষ্ঠ অধ্যায়।

রজোধিক এবং রুহিণা বা রক্ত প্রদর।

(Menorrhagia and Metrorrhagia)

(১২৬—১৩৭ পৃষ্ঠা)

সপ্তম পরিচ্ছেদ।

জরায়ুর অবস্থান পরিবর্ত্তন।

(Uterine Displacements)

(১৩৮—১৫৬ পৃষ্ঠা)

অষ্টম অধ্যায়।

পশ্চাদ্দিকে স্থানভ্রষ্টতা।

(Retroversion).

(১৫৭—১৮০ পৃষ্ঠা)

নবম অধ্যায়।

(১৮২—২১৪ পৃষ্ঠা)

দশম অধ্যায়।

জরায়ু উল্টান।

(Inversion of the uterus).

(২১৫—২১৮)

একাদশ অধ্যায়।

জরায়ুর বৈধানিক তরুণ ও পুরাতন প্রদাহ।

(Inflammation of the uterine tissue ;) acute and chronic.)

(২১৯—২৫৬ পৃষ্ঠা।)

দ্বাদশ অধ্যায়।

জরায়ু গ্রীবার ছিন্ন বিচ্ছিন্নতা।

(Laceration of the cervix.)

(২৩৭—২৪১ পৃষ্ঠা)

ত্রয়োদশ অধ্যায়।

জরায়ু গ্রীবার এরোশন, গ্র্যানুলার ও ফলিকিউলার ডিজেনারেশন।

(Erosion, Granular and Follicular Degeneration of the cervix.)

(২৪২—২৫১ পৃষ্ঠা।)

চতুর্দ্দশ অধ্যায়।

বস্তি গহ্বরস্থিত অন্ত্রাবরক ঝিল্লি এবং কৌষিক বিধানের প্রদাহ।

(Perimetric Inflammation and Peri-uterine Phlegmon)

পঞ্চদশ অধ্যায়।

বস্তিগহ্বর মধ্যে শোণিত স্রাব।

(Pelvic Hæmorrhage).

ষোড়শ অধ্যায়।

জরায়ুর পলিপস্।

(Polypus Uteri).

সপ্তদশ অধ্যায়।

জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ।

(Fibroid Tumour).

(২৯৮—৩১৮ পৃষ্ঠা)

অষ্টাদশ অধ্যায়।

জরায়ু ও তৎসন্নিকটস্থিত গঠনের অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে সাধারণ মন্তব্য।

(General observation on the operative surgery of the uterus and annexa)

ঊনবিংশ অধ্যায়।

সীবন ও বন্ধন।

(Sutures and Ligatures).

বিংশ অধ্যায়।

সৌত্রিক অর্ব্বুদের চিকিৎসা।

(Surgical treatment of uterine Fibromata).

(৩৩৬—৩৫৮ পৃষ্ঠা)

একবিংশ অধ্যায়।

সৌত্রিক অর্ব্বুদের ভিন্ন ভিন্ন অস্ত্রোপচার

(৩৫৮—৩৬৪ পৃষ্ঠা)

দ্বাবিংশ অধ্যায়।

জরায়ুর মারাত্মক পীড়া।

(Malignant disease of the uterus)

জরায়ুর টিউবারকিউলেসিস Tuberculosis of the uterus.

ত্রয়োবিংশ অধ্যায়।

জরায়ুর মারাত্মক পীড়া।

ডেসিডিউমা ম্যলিগ্নাম (Deciduoma Malignum)

চতুর্ব্বিংশ অধ্যায়।

জরায়ুর মারাত্মক পীড়া।

জরায়ুর কর্কট রোগ (Cancer of the uterus).

(৩৬৯—৪১২ পৃষ্ঠা।)

পঞ্চবিংশ অধ্যায়।

অণ্ডবহানলের পীড়া।

(Affection of the Fallopian Tubes.)

(৪১২—৪৩১ পৃষ্ঠা)

ষড়বিংশ অধ্যায়।

নলীয় গর্ভ।

(Tubal Pregnancy.)

(৪৩১—৪৩৮ পৃষ্ঠা)।

সপ্তবিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয়ের পীড়া।

(Affection of the ovaries.)

(৪৩৮—৪৪৬ পৃষ্ঠা)।

অষ্টবিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয় ও অণ্ডবহানল উচ্ছেদ অস্ত্রোপচার।

(Salpingo-oophorectomy operation.)

(৪৪৬—৪৫৬ পৃষ্ঠা)।

ঊনত্রিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ।

(Ovarian Tumour.)

(৪৫৭—৪৯৮ পৃষ্ঠা)।

ত্রিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ নির্ণয়।

(The Diagnosis of ovarian Tumour.)

একত্রিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ চিকিৎসা।

Ovarian Tumour-Treatment

(৪৯৯—৫১১ পৃষ্ঠা।)

দ্বাত্রিংশ অধ্যায়।

যোনিপীড়া।

(Affection of the Vagina).

(৫১১—৫২৫ পৃষ্ঠা।)

ত্রয়স্ত্রিংশ অধ্যায়।

যোনির শোষ ঘা।

(Vaginal Fistula).

(৫২৬—৫৪১ পৃষ্ঠা)

চতুস্ত্রিংশ অধ্যায়।

বিকৃত জননেন্দ্রিয়।

(Malformations of the genital organs).

(৫৪১—৫৫৪ পৃষ্ঠা)।

পঞ্চত্রিংশ অধ্যায়।

যোনিদ্বারের পীড়া।

(Affection of the Vulva).

ষড়ত্রিংশ অধ্যায়।

বারথোলিনের গ্রন্থির পীড়া।

(Diseases of Bartholin's Glands)

(৫৮০—৫৯০ পৃষ্ঠা।)

সপ্তত্রিংশ অধ্যায়।

মূত্র নালীর পীড়া।

(Urethral affection.)

(৫৯১—৫৯৫ পৃষ্ঠা)।

অষ্টত্রিংশ অধ্যায়।

কক্সিগোডিনিয়া।

(Coccygodynia.)

(৫৯৬—৫৯৭ পৃষ্ঠা।)

ঊনচত্বারিংশ অধ্যায়।

বন্ধ্যাত্ব (Sterility)

চত্বারিংশ অধ্যায়।

স্নায়বীয় লক্ষণ।

(Nervous Symptoms.)

চিত্রের সূচীপত্র।

স্ত্রী-রোগ।

প্রথম অধ্যায়।

স্ত্রী-জননেন্দ্রিয়ের সংক্ষিপ্ত বিবরণ।

স্ত্রী-জননেন্দ্রিয়ের রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসা সম্বন্ধে অভিজ্ঞতা লাভ করিতে হইলে তাহাদিগের গঠন, অবস্থান, পরিপোষণ, ক্রিয়া এবং সন্নিকটস্থিত অন্যান্য যন্ত্রাদির সহিত পরস্পর সম্বন্ধ ইত্যাদি বিষয়ে বিশেষ জ্ঞান থাকা আবশ্যক। তদ্বিস্তারিত বিবরণ শরীরতত্ত্বে দ্রষ্টব্য। এস্থলে তদ্বিষয় অতি সংক্ষেপে বর্ণিত হইল।

প্রকৃত বস্তিগহ্বরস্থিত প্রধান যন্ত্রসমূহ—ওভেরী, ফেলোপিয়ন নল, জরায়ু, যোনি ও ভল্‌ভা; উর্দ্ধে পেরিটোনিয়ম এবং নিম্নে পেরিনিয়ম এই উভয়ের মধ্যে অবস্থিত। মল এবং মূত্রাশয় ইহাদিগের সন্নিকট-স্থিত। সংযোগ-তন্তু দ্বারা পরস্পরে সম্বদ্ধ।

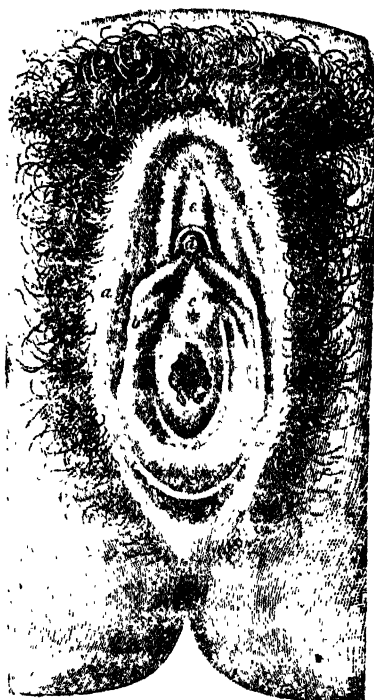
সাধারণতঃ স্ত্রী-জননেন্দ্রিয় সমূহ বাহ্য এবং অভ্যন্তর—এই দুই প্রধান ভাগে বিভক্ত। প্রথমোক্ত সঙ্গম ও শেষোক্ত সন্তানোৎপাদন সংশ্লিষ্ট। সুতরাং জনন সম্বন্ধে বাহ্য জননেন্দ্রিয় গৌণভাবে কার্য্য করে। সন্তানের প্রথম পোষণ জন্য স্তনে দুগ্ধ সঞ্চার হয়, সুতরাং ইহাও আনুষঙ্গিক যন্ত্র। যোনিগহ্বর দ্বারা জরায়ু এবং ভল্‌ভা সম্মিলিত। অভ্যন্তর জননেন্দ্রিয়ই জনন সম্বন্ধে মুখ্য। অণ্ডাধারে অণ্ড উৎপন্ন, অণ্ডবহানল দ্বারা পরিচালিত এবং জরায়ু মধ্যে সমানীত হইয়া বর্দ্ধিত ও পরিশেষে বহির্গত হয়।

বাহ্য জননেন্দ্রিয়।

ভলভা বা পিউডেণ্ডাম (Vulva or Pudendum)।—বাদামী বা অণ্ডাকৃতি। মন্সভেনেরিস, লেবিয়ামেজরা, লেবিয়া মাইনরা, যোনি-মুখ, ক্লাইটোরিস্, মিয়েটাস ইউরিনেরিয়স, ভেষ্টিবিউল, ফসা নেভিকিউলেরিস, ফুরসেট এবং হাইমেন—এই কয়েকটীর সাধারণ নাম ভল্ভা। স্ত্রীলোকের অবয়বানুসারে ভিন্ন ভিন্ন রূপ আয়তন বিশিষ্ট। কাহারও ছিদ্র অত্যন্ত সঙ্কুচিত থাকে।

মন্সভেনেরিস।—ভলভার উর্দ্ধাংশে, উদরের নিম্নে, পিউবিসের সম্মুখে উচ্চ, গোল, কোমল স্থান, উভয় পার্শ্বের লেবিয়া মেজরা সহ সম্মিলিত। যৌবনারম্ভে এতদুপরি লোমোৎপন্ন হয়। এই স্থানের ত্বকে ঘর্ম্ম, ক্লেদ এবং শ্লৈষ্মিক গ্রন্থির মুখ দেখা যায়।

লেবিয়া-মেজরা।—বৃহদোষ্ঠ—যোনির বহির্ম্মুখের উভয় পার্শ্বে অবস্থিত। ইহাদিগের প্রত্যেকের দুইটী প্রদেশ। বাহ্য পার্শ্বে সাধারণ ত্বক্ ও লোমাবৃত, এবং অভ্যন্তর অংশ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দ্বারা আবৃত, অপর পার্শ্বস্থিত বৃহদোষ্ঠের সহিত প্রায় সম্মিলিত থাকে। উভয় প্রদেশের মধ্যস্থল অমুলম্ব সীতা দ্বারা চিহ্নিত। মন্সভেনেরিস হইতে আরম্ভ-স্থলে স্থূল, ক্রমশঃ পাতলা হইয়া পেরিনিয়মের সম্মুখে সম্মিলিত হইয়াছে। এই সম্মিলন-স্থলের পাতলা ত্বকের ভাজ ফুরসেট (Fourchette) নামে খ্যাত। প্রথম প্রসব সময়ে ইহা প্রায়ই বিদীর্ণ হয়। কুমারীদিগের উভয় পার্শ্বের বৃহদোষ্ঠদ্বয় সম্মিলিত থাকিয়া অন্যান্য গঠন সমূহকে আবৃত করিয়া রাখে। কিন্তু অধিক সঙ্গম, প্রসব বা বৃদ্ধ বয়সে পরস্পর পৃথক্ হইলে নিম্ফী বহির্গত হয়। ইহার প্রত্যেক পার্শ্বস্থিত ত্বক্ এবং শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি মধ্যে যথেষ্ট পরিমাণে ক্লেদ-গ্রন্থি বর্ত্তমান। সংযোগ-তন্তু, মেদ, অভ্যন্তরে পৈশিক এবং স্থিতিস্থাপক তন্তুদ্বারা গঠিত। ইহা পুরুষের মুষ্ক-ত্বকের অনুরূপ, রাউণ্ডলিগামেণ্টের

কতিপয় সূত্র এই স্থানে শেষ হয়। বাহ্য ইঙ্গুইন্যাল রিং ইহার ঊর্দ্ধাংশে সংলগ্ন। উভয় পার্শ্বের বৃহৎ ওষ্ঠদ্বয়ের অগ্র ও পশ্চাৎ দিকের পরস্পর সম্মিলন-স্থলের নাম কমিশর।

১ম চিত্র। *a*, লেবিয়া মেজরা; *b*, লেবিয়া মাইনরা; *c*, মিয়েটাস ইউরিনেরিয়াস; *d*, গ্ল্যান্স ক্লাইটোরিস; *e*, ক্লাইটোরিস; *f*, মন্স ভেনেরিস্।

লেবিয়া মাইনরা বা নিম্ফী।—ক্ষুদ্র ওষ্ঠ।—শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির দুই স্তর একত্র সম্মিলিত। বৃহৎ ওষ্ঠ পৃথক্ করিলে তাহার অভ্যন্তরের মধ্যস্থলে দেখিতে পাওয়া যায়। ক্লাইটোরিসের সন্নিকটে গমন

করতঃ দুই অংশে বিভক্ত হয়। এক ভাগ ক্লাইটোরিসের মূলদেশে সংযুক্ত হওয়ায় তাহার ফ্রেনাম প্রস্তুত এবং অপর ভাগ তাহার বিপরীত পার্শ্বের অনুরূপ অংশের সহিত সম্মিলিত হইয়া ক্লাইটোরিসের উর্দ্ধ প্রদেশে প্রিপিউসে পরিণত হয়। ক্ষুদ্র ওষ্ঠ বৃহৎ ওষ্ঠ দ্বারা আবৃত থাকে; অধিক বয়সে বিবর্ণ এবং শুষ্কভাব ধারণ করে। অভ্যন্তর পার্শ্বে বহু সংখ্যক ক্লেদগ্রন্থি অবস্থিত, তাহা হইতে গন্ধযুক্ত, পনীরবৎ স্রাব হয় ও ঐ স্রাব দ্বারা উক্তস্থল আবৃত থাকে।

ক্লাইটোরিস্।—কাঁট।—ক্ষুদ্র, উচ্চ, গুটিকাবৎ প্রবর্দ্ধন। অগ্র কমিশর হইতে অর্দ্ধ ইঞ্চ নিম্নে অবস্থিত। ইহা পুরুষের শিশ্নের অনুরূপ এবং তদ্রূপ গঠন—কর্পাস কাভারনসম, ইস্কিওকাভারনস পেশী, সাসপেনসারী বন্ধনী সংযুক্ত। ইহার গুটিকা পুরুষের গ্লান্স পিনিসের অনুরূপ। সঙ্গম-সুখ অনুভবের কারণ কেবল ইহারই উত্তেজনা মাত্র।

ভেষ্টিবিউল।—একটী ত্রিকোণ, মসৃণ, ক্লেদগ্রন্থি বিবর্জ্জিত স্থান। অগ্রে ক্লাইটোরিস, উভয় পার্শ্বে নিম্ফীর ভাঁজ এবং পশ্চাতে যোনিমুখের সম্মুখধার। কতিপয় মিউসিপরাস গ্রন্থির মুখ উন্মুক্ত আছে।

মিয়েটস ইউরিনেরিয়স্।—যোনিমুখের সম্মুখ ধারের অল্প উপরে, মধ্য রেখায়, ক্লাইটোরিস হইতে এক ইঞ্চ ব্যবধানে, ভেষ্টিবিউ-লের পশ্চাতে যে উচ্চ স্থান দৃষ্ট হয়, তাহাই মিয়েটস ইউরিনেরিয়স। এই উচ্চতা অঙ্গুলীদ্বারা স্পষ্ট অনুভব করা যায়। মূত্রাশয়ে শলাকা প্রবেশ সম্বন্ধে এই উচ্চতার বিশেষ জ্ঞান থাকা আবশ্যক। পিউবিসের সিম্ফিসিসের তীক্ষ্ণ অধঃধারের অব্যবহিত নিম্নেই মূত্রনলীর মুখ। যোনি মধ্যে অঙ্গুলীর প্রথম পর্ব্ব প্রবেশ করাইয়া উর্দ্ধদিকে চাপ দিলে অঙ্গুলীর ঠিক উপরেই মূত্রনলীর মুখ অনুভব করা যাইতে পারে।

ইউরিথ্রা।—মূত্রনলী দেড় ইঞ্চ মাত্র দীর্ঘ, যোনির অগ্র প্রাচী-

রের সহিত সংলিপ্ত, ঐ স্থানে অঙ্গুলীদ্বারা অনুভব করা যায়। পৈশিক এবং ইরেক্‌টাইল তন্তুতে নির্ম্মিত। যথেষ্ট প্রসারিত হইতে পারে। তজ্জন্য অশ্মরী বহির্গত করা সহজ।

ভেজাইন্যাল অরিফিস্।—যোনি মুখ।—মূত্রনলীর মুখের অব্যবহিত নিম্নেই অবস্থিত, কুমারীদিগের গোলাকৃতি, কিন্তু সঙ্গম এবং সন্তান হওয়ার পর বিস্তৃত অবস্থায় থাকে। যোনি মুখ যোনি অপেক্ষা অপ্রশস্ত। কুমারীদিগের যোনি-মুখ অল্পাধিক পরিমাণে এক খণ্ড শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিদ্বারা আবৃত থাকে। এই ঝিল্লি খণ্ডের নাম হাইমেন।

হাইমেন।—সতীচ্ছদ।—অধিকাংশ স্থলেই চন্দ্রকলা (ক্রিসেণ্ট) আকারে যোনিমুখ আবৃত করিয়া থাকে। ঝিল্লির মুক্তদিক ঊর্দ্ধাভিমুখ। কখন গোলাকারে পরিবেষ্টন করিয়া থাকে, কেবল কেন্দ্রস্থলে একটী (এনিউলার) ছিদ্র থাকে মাত্র, কখন বা বহু ছিদ্রবিশিষ্ট (কিব্রিফরম হাইমেন) একেবারে কোন ছিদ্র না থাকিলে (ইমপারফোরেট) আর্ত্তব স্রাব আবদ্ধ থাকার সম্ভাবনা। সতীচ্ছদ কাহারও পাতলা এবং কাহারও স্থূল, বা স্থিতিস্থাপক হইতে পারে। প্রথম সঙ্গমে, কোন আকস্মিক ঘটনায় বা পীড়া জন্য সতীচ্ছদ বিনষ্ট হয়। সুতরাং সতীচ্ছদের অভাব হইলেই অসতী বলা যাইতে পারে না। সতীচ্ছদ থাকা সত্ত্বেও গর্ভ হইতে পারে। ইহা কখন কখন এত দৃঢ় হয় যে, অস্ত্রদ্বারা কর্ত্তন না করিলে সঙ্গম হইতে পারে না।

ক্যারঙ্কিউলী মারটিফরমীস্।—সতীচ্ছদ ছিন্ন হইলে তাহার সংলগ্ন স্থানে কতকগুলি মাংসল গুটিকায় পরিণত হয়। সাধারণতঃ ২—৫টী গুটিকা দেখিতে পাওয়া যায়। ডাক্তার ম্যাক্‌নাটোনজোন্স মহাশয়ের মতে কেবল গর্ভধারণের ফলেই ক্যারঙ্কিউলী মারটিফরমীস্ উৎপন্ন হয়।

ভাল্‌ভো-ভেজাইন্যাল গ্ল্যাণ্ড।—ভগযোনি গ্রন্থি।—ইহার

অপর নাম ভালভার বা বারথোলিনীয় গ্ল্যাণ্ড।—পুরুষের কাউ-পারের গ্রন্থির অনুরূপ। যোনিমুখের পশ্চাদ্দিকের সন্নিকটে, উপরিস্থিত পেরিনিয়েল ফেসিয়ার নিম্নে বর্ত্তুল বা বাদামী আকৃতির ও তদ্রূপ আয়তন বিশিষ্ট দুইটী গ্রন্থি অবস্থিত। ইহা সূত্রকোষিক ঝিল্লি দ্বারা পরিবেষ্টিত। অভ্যন্তর পীতাভ শুভ্রবর্ণ, সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম নল সমন্বিত; ইহা হইতে সাধারণ নল উৎপন্ন হয়। সাধারণ নল অর্দ্ধ ইঞ্চ দীর্ঘ, সতীচ্ছদের সংলগ্ন স্থলে উন্মুক্ত হয়। ইহার সহিত অণ্ডাধারের বিশেষ সম্বন্ধ আছে। চটচটে গাঢ় রস স্রাব হয় এবং সেই স্রাব দ্বারা ঐ স্থান পিচ্ছিল ভাবাপন্ন থাকে, কিন্তু সঙ্গম সময়ে বিটপের পৈশিক আক্ষেপ জন্য স্রাব বেগে বহির্গত হয়।

ফসা নেভিকিউলেরিস।—হাইমেনের অব্যবহিত পশ্চাতে এবং পেরিনিয়মের সম্মুখে ক্ষুদ্র নিম্নস্থান, সন্তান হইলে ইহা বিলুপ্ত হয়।

পেরিনিয়ম।—বিটপদেশ।—যোনি ও মলদ্বারের মধ্যবর্ত্তী স্থান। ন্যূনাধিক দেড় ইঞ্চ দীর্ঘ। মিডিয়ান রাফী দ্বারা দুই অংশে বিভক্ত। প্রসব সময়ে বিস্তৃত হয়। সম্মুখোর্দ্ধে যোনি ও পশ্চাদূর্দ্ধে সরলান্ত্র এবং নিম্নে ত্বক্, ইহার মধ্যবর্ত্তী ত্রিকোণ স্থানে দৃঢ় স্থিতিস্থাপক সংযোগ-তন্তু দ্বারা পরিপূর্ণ উচ্চতা নির্ম্মিত হয়। ইহাই পেরিনিয়েল বডী। এই স্থানে লিভেটার এনাই ও বাহ্য পেরিনিয়াল পেশী সম্মিলিত।

ভলভার শোণিত-বাহিকা ও স্নায়ু।—পূর্ব্ব-বর্ণিত স্থান সমূহে যথেষ্ট পরিমাণে শোণিত-বাহিকা ও স্নায়ু বর্ত্তমান থাকে। ক্লাইটোরিস যেমন ইরেকটাইল তন্তু দ্বারা নির্ম্মিত, ইহাও তদ্রূপ। বালব্ ভেষ্টিবিউলে উক্ত তন্তুর সংখ্যা অধিক, তথা হইতে যোনির উভয় পার্শ্বে বক্র শিরা জাল বিস্তৃত। উত্তেজনায় ইরেকটাইল তন্তু উন্নত হয়।

বালব অব্ ভেজাইনা।—ক্লাইটোরিসের মূল হইতে যোনি-মুখের সম্মুখস্থিত কুঞ্চিত গুটিকার পার্শ্ব দিয়া পূর্ব্ব-বর্ণিত শিরা সমূহ গমন করতঃ যোনিমুখের উভয় পার্শ্বে পূর্ণতা প্রাপ্ত হইয়া পুনর্ব্বার

অপেক্ষাকৃত সূক্ষ্ম হয়, ইহাই বালব অব্ ভেজাইনা। এতদ্দ্বারা যোনি-মুখের সম্মুখ এবং উভয় পার্শ্ব পরিবেষ্টিত, কেবল পশ্চাদ্দেশে নাই। যোনির উভয় পার্শ্বে দৃশ্যে দুইটী শোণিতপূর্ণ জলৌকার অনুরূপ। ইহা-দিগের প্রত্যেকের দৈর্ঘ্য ১.৫০ ও স্থূলত্ব ০.৫০ ইঞ্চ, কিন্তু সকল স্ত্রীলোকেরই একরূপ হয় না। বাহ্যদেশ কুঞ্জ এবং যোনির সঙ্কোচক পেশী দ্বারা আবৃত, এই গঠন পুংশিশ্নের কর্পোরা স্পঞ্জিওসমের অনুরূপ ; ইণ্টারন্যাল পিউডিক ধমনী হইতে শাখা প্রাপ্ত হয়।

ভেজাইনা।—যোনি।—যোনি দ্বারা বাহ্য এবং অভ্যন্তর জননে-ন্দ্রিয় পরস্পর সম্মিলত। যোনিমুখ হইতে আরম্ভ হইয়া জরায়ু-গ্রীবায় সংলগ্ন। যোনি স্ত্রীলোকের প্রধান সঙ্গম-ইন্দ্রিয়। এতদ্দ্বারা শুক্র জরায়ু মধ্যে প্রবিষ্ট এবং আর্ত্তব প্রভৃতি স্রাব ও সন্তান বহির্গত হয়। স্থূলতঃ বলা যাইতে পারে যে, যোনি বস্তিগহ্বরের অক্ষ রেখায় সংস্থিত। কিন্তু যোনিমুখ অল্পসম্মুখে অবস্থান করে। নিম্নাপেক্ষা উর্দ্ধে এবং গ্রীবার সন্নিকটে অধিক প্রশস্ত, অধিক সন্তান হইলে আরও বিস্তৃত হয়, তজ্জন্য এই স্থান ভেজাইন্যাল ব্যাগ নামে অভিহিত। যোনি পশ্চাদূর্দ্ধ হইতে নিম্নসম্মুখাভিমুখে বক্র, সম্মুখ ভাগ ঈষৎ ন্যুব্জ, প্রায় শুণ্ডাকৃতি। প্রাচীর পৈশিক ঝিল্লিতে নির্ম্মিত, উভয় পার্শ্বের প্রাচীর পরস্পর সংস্পর্শে অবস্থান করে, সুতরাং কেনাল বলিলে যে ভাব ব্যক্ত হয়, ভেজাইন্যাল কেনাল বাস্তবিক তদ্রূপ নহে। কেবল বাহ্য বস্তু প্রবেশ, দুর্ব্বলতা, বার্দ্ধক্য বা অপর কোন কারণ বশতঃ প্রাচীর পরস্পর পৃথক্ হইলে নলের আকার ধারণ করে। এই প্রাচীর স্থিতিস্থাপক, প্রসারণশীল, বিশেষতঃ প্রসব সময়ে অত্যন্ত প্রসারিত হয়। সম্মুখ প্রাচীর আড়াই ইঞ্চ দীর্ঘ, জরায়ু-গ্রীবার সম্মুখ নিম্নাংশে এবং পশ্চাৎ প্রাচীর তিন ইঞ্চ দীর্ঘ, জরায়ু-গ্রীবার পশ্চাদূর্দ্ধাংশে সংলগ্ন। সম্মুখ প্রাচীর মূত্রাশয়ের পশ্চাৎ প্রাচীরের সহিত এরূপ দৃঢ় ভাবে সংলগ্ন যে,

যোনি নিম্নাবতরণ করিলে মূত্রাশয়ের উক্ত প্রাচীর আকর্ষিত হয়। এই প্রাচীরের সম্মুখনিম্নাংশ মধ্যে মূত্রনলী দড়ার ন্যায় অনুভব করা যায়। পশ্চাৎ প্রাচীর সরলান্ত্র সহ সংলিপ্ত, কিন্তু প্রথমোক্তের ন্যায় তত দৃঢ় ভাবে সম্বন্ধ নহে। স্ত্রীলোক বিশেষে প্রাচীরের দীর্ঘত্বের ন্যূনাধিক্য হইয়া থাকে। যোনির উভয় পার্শ্বে ব্রড লিগামেণ্ট ও বস্তিগহ্বরের ঝিল্লি এবং ঊর্দ্ধ দিকে জরায়ুর নিম্নাংশ ও পেরিটো-নিয়মের ভাঁজ দ্বারা সীমাবদ্ধ। এই অন্ত্রাবরক ঝিল্লি পশ্চাৎ প্রাচীরের ঊর্দ্ধ এক তৃতীয়াংশও আবৃত করে।

জরায়ুগ্রীবা যোনি মধ্যে অবস্থিত, ইহার এবং যোনি-প্রাচীর এই উভয়ের মধ্যস্থিত স্থান কুল-ডি-স্যাক অর্থাৎ থলিয়া নামে অভিহিত। পশ্চাদ্দিকের কুল-ডি-স্যাক বৃহৎ, ইহারই উপরে পেরিটোনিয়মের ইউটিরো-রেকটাল ভাঁজ দ্বারা ডগলাসের পাউচ নির্ম্মিত।

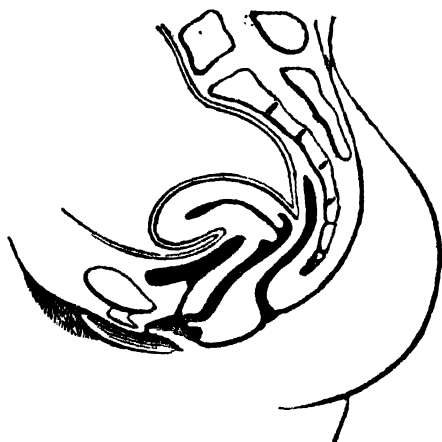
যোনি শ্লৈষ্মিক, পৈশিক এবং কৌষিক ঝিল্লি দ্বারা নির্ম্মিত। অভ্যন্তরে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি ঘন সন্নিবিষ্ট সংযোগ এবং স্থিতিস্থাপক তন্তু দ্বারা নির্ম্মিত। সম্মুখ ও পশ্চাৎ প্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির মধ্যস্থলে মুখ-গহ্বরের তালুর অনুরূপ অনুলম্ব উচ্চ আলী দ্বারা চিহ্নিত। এই রাফী যোনির অগ্র এবং পশ্চাৎ কলম নামে উক্ত হয়। অগ্র কলম মূত্রনালীর মুখের অব্যবহিত পশ্চাৎ হইতে আরম্ভ ও সুস্পষ্ট। পশ্চাৎটী তত সুস্পষ্ট নহে। বিযোনি স্থলে এই উভয় আলী ঝিল্লি দ্বারা সংযোগ হয়। এই কলম হইতে উভয় পার্শ্বে অনুপ্রস্থ ভাবে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ভাজ সমূহ গমন করিয়াছে। তজ্জন্য উক্ত স্থান সমূহ তরঙ্গায়িত অর্থাৎ অসমান দেখায়। যোনির সম্মুখে এবং কুমারীদিগের এইরূপ উচ্চ-নীচ ভাঁজ সংখ্যায় অধিক। ক্রমে হ্রাস হইয়া গ্রীবার সন্নিকটে মসৃণ ভাব ধারণ করে। অধিক প্রসব হইলে এবং বৃদ্ধ বয়সে উচ্চতার হ্রাস হয়। কিন্তু কখন বিলুপ্ত হয় না। এই শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিসমূহ সূক্ষ্ম বর্দ্ধন দ্বারা

আবৃত। গর্ভাবস্থায় পৈশিক সূত্রের আধিক্য দৃষ্ট হয়। ইহা অনুলম্ব এবং বৃত্তাকার উভয় প্রকার তন্তু দ্বারাই নির্ম্মিত। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি মধ্যে বিশেষ কোন গ্রন্থি নাই। যোনি তন্মধ্যস্থিত পদার্থ বহির্গত করিয়া দিতে পারে। শ্বাস গ্রহণ সময়ে উর্দ্ধে ও পরিত্যাগ সময়ে নিম্নে, মল ও মূত্রভাণ্ড পরিপূর্ণ থাকিলে তদ্‌বিপরীত দিকে এবং আরও নানা কারণে ন্যূনাধিক পরিমাণে স্থানভ্রষ্ট হয়। তরঙ্গবৎ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ভাঁজ মধ্যে দূষিত স্রাব আবদ্ধ থাকিলে তাহা সহজে দূরীভূত করা যায় না, তজ্জন্যই যোনির প্রমেহ দূষিত পীড়া সহজে আরোগ্য হয় না।

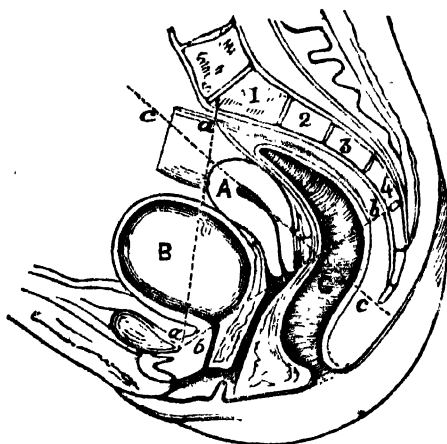
যোনির প্রধান ধমনী হাইপোগ্যাষ্ট্রিক ধমনী হইতে উৎপন্ন, পরন্তু, ইউটিরাইন, ভেসিক্যাল এবং ইণ্টারন্যাল পিউডিক হইতে শাখা আইসে। সূক্ষ্ম জালবৎ শোণিত, বাহিকা হইতে শিরা উৎপন্ন হইয়া বাল্‌বের সহিত মিলিত হয়। সিম্প্যাথিটিকের হাইপোগ্যাষ্ট্রিক প্লেক্সাস, চতুর্থ সেক্রাল ও পিউডিক স্নায়ু দ্বারা প্রতিপালিত। বস্তিগহ্বরের লিম্ফ্যাটিক গ্যাংগ্লিয়া সহ লসীকা-বাহিকা সম্মিলিত।

আভ্যন্তরিক জননেন্দ্রিয়।—জরায়ু, অণ্ডাধার এবং অণ্ডবহা নল, এই কয়েকটী আভ্যন্তরিক জননেন্দ্রিয়। বন্ধনী ও অন্ত্রাবরক ঝিল্লি প্রভৃতি দ্বারা সংরক্ষিত হয় জন্য ইহাদিগের বিবরণও জ্ঞাত হওয়া আবশ্যক। কারণ ইহাদিগের মধ্যে একের পীড়ার সহিত অপরের ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ বর্ত্তমান থাকে।

ইউটিরস।—জরায়ু।—ইহা পেয়ারা ফলের আকৃতিবিশিষ্ট শূন্য-গর্ভ পেশীময় যন্ত্র। বস্তিগহ্বরের মধ্যরেখায় অবস্থিত। জরায়ুর সম্মুখে মূত্রাশয়, পশ্চাতে সরলান্ত্র, উর্দ্ধে অন্ত্র, নিম্নে যোনি, এবং উভয় পার্শ্বে অণ্ডবহানল, গোলবন্ধনী, অন্ত্রাবরক ঝিল্লির স্তবক ও পৈশিক সূত্রদ্বারা স্বস্থানে শিথিলভাবে পরিরক্ষিত। সুতরাং সামান্য কারণে স্বস্থানভ্রষ্ট হইতে পারে। জরায়ু অগ্র পশ্চাতে চেপ্টা। সাধারণতঃ

ফণ্ডস্, বডী, সারভিক্স এই তিন অংশে বিভক্ত করিয়া বর্ণনা করা হয়। স্বাভাবিক অবস্থায় কুমারীদিগের ফণ্ডস্ অর্থাৎ উর্দ্ধাংশ সম্মুখোর্দ্ধ এবং গ্রীবা পশ্চাদধঃ মুখে থাকে (২য় চিত্র)। লম্বোসেক্রাল সংযোগ হইতে একটী রেখা পিউবিস অস্থির অধঃধার পর্য্যন্ত এবং সেক্রমের চতুর্থ খণ্ডের অধঃধার হইতে সিম্ফিসিসের অধঃধার পর্য্যন্ত অপর একটী রেখা টানিলে জরায়ুর অক্ষ রেখা স্থির হয়। উর্দ্ধস্থিত রেখা ফণ্ডসের উর্দ্ধ কিনারা এবং অধঃ রেখা গ্রীবার মধ্যাংশ স্পর্শ করে। কিন্তু নানা

২য় চিত্র। কুমারীর জরায়ুর স্বাভাবিক অবস্থান।

কারণে উক্ত অবস্থানের পরিবর্ত্তন সংঘটিত হয়। মূত্রাশয় মূত্র দ্বারা পরিপূর্ণ হইলে জরায়ু সরলান্ত্রের দিকে (৩য় চিত্র) এবং সরলান্ত্র মল দ্বারা পরিপূর্ণ হইলে মূত্রাশয়ের দিকে স্থানভ্রষ্ট হয়। যদি উভয় যন্ত্রই পরিপূর্ণ থাকে, তবে উর্দ্ধাভিমুখে সঞ্চালিত হওয়ার সম্ভাবনা। এই সকল ঘটনায় জরায়ুর ফণ্ডস-গ্রীবার সংযোগ সরল রেখার গতি পরিবর্ত্তিত হওয়ায় সেক্রম কক্সিক্সের সংযোগ-স্থলে পতিত না হইয়া

অন্যত্র যাইতে পারে। গ্রীবা অপেক্ষা ফণ্ডস অধিক স্থানভ্রষ্ট হইয়া থাকে; কারণ গ্রীবার সহিত দেহের সংযোগস্থল শোণিত-বাহিকা দ্বারা কসাভাবে পরিবেষ্টিত। তজ্জন্য অগ্র পশ্চাৎ কোন দিকে সামান্য স্থানভ্রষ্ট হইলে অবরোধ জন্য রক্তাধিক্য, রক্তাধিক্য জন্য রসসঞ্চয়, রসসঞ্চয় জন্য ক্রমে গুরুত্বাধিক্য বশতঃ ফণ্ডস এক দিকে নত হইয়া পড়ে। গহ্বর বিকৃত হইয়া নানা পীড়ার আবাসভূমিরূপে পরিণত হয়। গ্রীবার সম্মুখে মূত্রাশয় ও যোনি থাকায় ফণ্ডসের ন্যায় সহজে স্থানভ্রষ্ট হয় না সত্য, কিন্তু অনেক স্থলেই ফণ্ডসের বিপরীত পার্শ্বে উত্থিত হয়।

৩য় চিত্র। বস্তিগহ্বরস্থিত যন্ত্রসমূহের পরস্পর সম্বন্ধ ও অবস্থান। মূত্রাশয় অত্যধিক মূত্রপূর্ণ হওয়ায় তাহার সঞ্চাপে জরায়ু পশ্চাদ্দিকে স্থানভ্রষ্ট হইয়াছে।

ডগলাস পাউচের মধ্যে ওভেরিয়ান অর্ব্বুদ, সিষ্ট, জরায়ুর বাহিরে গর্ভ সঞ্চার, অন্ত্রাবরক মধ্যে শোণিত সঞ্চয়, পশ্চাৎ প্রাচীর স্থূল প্রভৃতি ঘটনায় সমগ্র জরায়ু পিউবিসের সন্নিকটে আইসে। এইরূপ নানা

কারণে জরায়ুর অবস্থার পরিবর্ত্তন ঘটে। যোনির পৈশিক কলম ও বস্তিগহ্বরস্থিত বিধান সকল যথাস্থানে স্থির রাখার সহায়তা করে। স্ত্রীলোকের জরায়ু সহজে সঞ্চালিত হয়, কেবল কোনরূপ পীড়ার জন্যই এই সঞ্চালনশীলতার বিঘ্ন হয়। অল্পবয়সে মূত্রাশয়ের পূর্ণতার জন্য জরায়ু সম্মুখ দিকে অবনত। সরলান্ত্র অল্প বাম পার্শ্বে এ বিধায় জরায়ুর সম্মুখ প্রদেশ দক্ষিণাভিমুখে ঈষৎ বক্র, এই প্রদেশ উন্নত এবং তিন চতুর্থাংশ পেরিটোনিয়ম দ্বারা আবৃত। পশ্চাৎ প্রদেশ সম্মুখাপেক্ষাও উচ্চ এবং পেরিটোনিয়ম দ্বারা সম্পূর্ণরূপে আবৃত। ঊর্দ্ধ বা ফণ্ডাস পেরিটোনিয়ম দ্বারা আবৃত।

যৌবনারম্ভের পূর্ব্ব পর্য্যন্ত জরায়ুর অবয়ব ক্ষুদ্র থাকে, তৎপর বৃহৎ হয়। আর্ত্তব স্রাব বন্ধ হওয়ার পর পুনর্ব্বার ক্ষুদ্র হইতে থাকে। অপত্যকাবস্থার জরায়ু সর্ব্বাপেক্ষা বৃহৎ। পূর্ণবয়স্কা অনপত্যকার জরায়ু-গহ্বরের দৈর্ঘ্য মুখ হইতে ফণ্ডস পর্য্যন্ত ২·৫ ইঞ্চ। কুমারী, অনপত্যকা ও অপত্যকার জরায়ুর পরিমাণ নিম্ন-কোষ্টকে প্রদত্ত হইল।

জরায়ু।

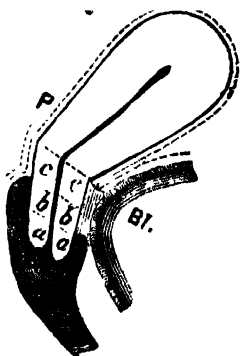
	পরিমাণ ইঞ্চ,		
	কুমারী	অনপত্যকা	অপত্যকা
সমগ্র জরায়ুর দৈর্ঘ্য পরিমাণ	২·২০	২·৫২	২·৭২
„ „ অনুপ্রস্থ „	১·২২	১·৮০	১·৯০
„ „ স্থূলত্ব „	০·৮৫	০·৯০	১·০০
গহ্বরের অনুপ্রস্থ „	০·৬০	১·০৮	১·২৪
„ দৈর্ঘ্য „	১·৮০	২·২০	২·৪৪
সংযোগ স্থলের দৈর্ঘ্য „	০·২৫		০·১৬
„ „ বিস্তার „	০·১৬		
„ „ অগ্র পশ্চাৎ „	০·১২		
	গ্রেণ		গ্রেণ
জরায়ুর গুরুত্ব „	৩৬০—১০০০		১২০০—১৮০০
ধারণ পরিমাণ	৫	২·২ c. cm.	৩·৫ c. cm.

অল্প বয়সে জরায়ুর সমস্ত দৈর্ঘ্য পরিমাণের অর্দ্ধেক গ্রীবা। ফেলোপিয়ন নলের সংযোগ-স্থল সর্ব্বাপেক্ষা প্রশস্ত। বডীর কেন্দ্র-স্থল সর্ব্বাপেক্ষা স্থূল।

অণ্ডবহানলের সংযোগ-স্থলের উর্দ্ধাংশ ফণ্ডস্, এই অংশ গোলাকার। উক্ত নলের সংযোগ-স্থলের নিম্ন হইতে গ্রীবার উর্দ্ধাংশ পর্য্যন্ত বডী অর্থাৎ দেহ, এই স্থানের অভ্যন্তরেই ভ্রূণ পরিবর্দ্ধিত হয়। অবশিষ্ট যে অংশ যোনি মধ্যে থাকে, তাহার নাম সারভিক্স। এই অংশ সঙ্কুচিত বা প্রসারিত থাকিতে পারে, ইহার আকৃতি স্থূলাগ্র চূড়ার অনুরূপ। চারি লাইন মাত্র যোনি মধ্যে এবং অবশিষ্ট অংশ যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দ্বারা আবৃত থাকে। কুমারী এবং জননীদিগের জরায়ুর আকৃতি এবং প্রকৃতি বিভিন্নরূপ। গ্রীবার ছিদ্রের নাম অস্ ইউটিরাই অর্থাৎ জরায়ু-মুখ। ইহা অনুপ্রস্থভাবে বিদারবৎ, নাসিকার অগ্রে অঙ্গুলি-স্পর্শের ন্যায় অনুভবনীয়। দুই খণ্ড ওষ্ঠের দ্বারা আবৃত, সম্মুখ ওষ্ঠ বৃহৎ, কোমল, মসৃণ এবং সমান। সন্তান প্রসবের পর চূড়াকৃতির পরিবর্ত্তন, গ্রীবা ক্ষুদ্র, বিষম, কিম্বা বিলুপ্ত হইতে পারে। সাধারণতঃ প্রসবের পর মুখ বৃহৎ, ওষ্ঠ বিদারযুক্ত, দোদুল্যমান হয়, বৃদ্ধ বয়সেও নানারূপ পরিবর্ত্তন হয়—গ্রীবা ক্ষয় বা বিলুপ্ত হইলে যোনির ছাদে জরায়ু-মুখ লক্ষিত হওয়া আশ্চর্য্য নহে।

যোনি-মধ্যস্থিত গ্রীবা তিন অংশে বিভক্ত—সুপ্রা-ভেজাইন্যাল, ইন্‌ফ্রা-ভেজাইন্যাল এবং উভয়ের মধ্যবর্ত্তী অংশ।

গ্রীবার স্থানভ্রষ্টতা, বিবৃদ্ধি, দোদুল্যমানতা প্রভৃতি নির্ণয় এবং অস্ত্রোপচার জন্য উক্ত বিভাগ অবগত হওয়া উচিত। ইন্‌ফ্রা-ভেজাইন্যাল অংশ ½—¾ ইঞ্চ দীর্ঘ, কোমল, কিন্তু পীড়ার জন্য ইহার আকৃতি এবং প্রকৃতি উভয়েরই পরিবর্ত্তন হয়। কখন চুচুক বা মোচার অনুরূপ আকৃতি ধারণ করে।

জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদেশের মধ্যে বডীর এবং গ্রীবার মধ্যস্থিত শূন্য স্থান বা গহ্বর। কুমারীদিগের প্রথমোক্ত গহ্বর অপেক্ষাকৃত ক্ষুদ্র, কিন্তু সন্তান হইলে বৃহৎ হয়। গ্রীবা-ছিদ্রের ঊর্দ্ধস্থিত সঙ্কুচিত অংশ দ্বারা পরস্পর পৃথক্। জরায়ু-গহ্বর ত্রিকোণ, ঊর্দ্ধ দিকের উভয় পার্শ্বস্থিত দুই কোণে অণ্ডবহা নল সম্মিলিত, নিম্ন কোণ ইণ্টারনাল অস্ সহ সম্মিলিত। কুমারীর জরায়ু-গহ্বরের পার্শ্ববর্ত্তী গঠন সমূহ অভ্যন্তরাভিমুখে স্ফীত, সন্তান হইলে বিপরীতাবস্থা প্রাপ্ত হয়। সুস্থাবস্থায় প্রাচীরদ্বয় পরস্পর সম্মিলিত থাকাই নিয়ম, কখন সামান্য শ্লেষ্মা ব্যবধান থাকে।

৪র্থ চিত্র। *a a* ইনফ্রা ভেজাইন্যাল, *b b* মধ্যবর্ত্তী অংশ, *c c* সুপ্রা ভেজাইন্যাল, *P*... পেরিটোনিয়ম, *Bl.* মূত্রাশয়, কৃষ্ণবর্ণ স্থান—যোনি।

গ্রীবার মধ্যস্থিত ছিদ্র ঊর্দ্ধাধঃ সঙ্কুচিত, মধ্যস্থল প্রশস্ত, সুতরাং মোচাকৃতি কিন্তু অগ্র পশ্চাতে চেপ্টা। উপরের সঙ্কুচিত মুখ ইণ্টারনাল অস অর্থাৎ অভ্যন্তর মুখ এবং নিম্নের সঙ্কুচিত মুখ একষ্টারনাল অস্ অর্থাৎ বাহ্য মুখ। গ্রীবার অগ্র ও পশ্চাৎ প্রাচীরে গহ্বরের দিকে প্রায় মধ্যস্থলে ঊর্দ্ধাধঃ ভাবে এক একটী আলী বা কলম এবং উক্ত কলম হইতে উভয় পার্শ্বে প্রায় সমকোণে কিঞ্চিৎ ঊর্দ্ধমুখে বহু সংখ্যক উচ্চ আলী বহির্গত হইয়া (আরবোর ভাইটী) এই স্থানকে বন্ধুর বা তরঙ্গের ন্যায় উচ্চ নীচ করিয়াছে, প্রসবের পর এই উচ্চ আলীসমূহ আংশিক বিলুপ্ত বা অস্পষ্ট হইতে পারে। সঙ্কুচিত ঊর্দ্ধাঙ্গ দেহ এবং গ্রীবার ইস্থমাস্ অর্থাৎ সংযোগাংশ, এই অংশ অত্যন্ত চাপা জন্য বালী ঘড়ির সহিত তুলনা করা যাইতে

পারে। বাহ্য মুখ আর্ত্তব স্রাবের পর সঙ্কুচিত এবং বৃদ্ধ বয়সে বিলুপ্ত হইতে পারে।

জরায়ু পেরিটোনিয়ম, মাসকিউলার এবং মিউকস এই তিন পর্দ্দা দ্বারা নির্ম্মিত। পেরিটোনিয়ম মূত্রাশয়ের পশ্চাৎ প্রদেশ হইতে প্রতি-ফলিত হইয়া জরায়ুর সম্মুখ প্রদেশের তিন চতুর্থাংশ, ফণ্ডস্, সমগ্র পশ্চাৎ প্রদেশ, এবং যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের কিয়দংশ আবৃত করার পর ঊর্দ্ধ দিকে সরলান্ত্রের সম্মুখে গমন করে। এতদ্দ্বারাই সম্মুখে অগ্র পাউচ বা ইউটিরো-ভেজাইন্যাল স্তবক, পশ্চাতে অর্দ্ধ চন্দ্রাকৃতির ভাঁজ-দ্বয় দ্বারা ডগলাসের পাউচ এবং ইউটিরো-সেক্রাল বন্ধনী প্রস্তুত হয়।

পৈশিক স্তর তিন অংশে বিভক্ত, সিরস এবং মিউকস স্তরের অভ্যন্তরে স্থিত। বৃত্তাকার, অনুলম্ব এবং অনুপ্রস্থ সূত্রে গঠিত। পৈশিক স্তরের মধ্যে যথেষ্ট শোণিত-বাহিকা গমন করে, সংযোগ-তন্তু দ্বারা দৃঢ় সম্মিলিত, সূত্র স্থিতিস্থাপক। গর্ভাবস্থায় অত্যন্ত বর্দ্ধিত হয়।

শ্লৈষ্মিক স্তর দ্বারা জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদেশ আবৃত। পৈশিক স্তরের সহিত দৃঢ় সম্মিলিত; $\frac{1}{2}$ হইতে $\frac{1}{4}$ ইঞ্চ স্থূল। গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের সন্নিকটে একটী রেখা দ্বারা দেহের এবং গ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির পার্থক্য নিরূপিত হয়। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদেশে $\frac{1}{30}$ ইঞ্চ পরিধি বিশিষ্ট মুখ দ্বারা ইউর্টিকিউলার গ্রন্থির নলের মুখ সমূহ উন্মুক্ত। এই প্রকার ছিদ্রসমন্বিত হওয়ায় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সাধারণ দৃশ্য মধুক্রমবৎ। উক্ত মুখ হইতে নলসমূহ অভ্যন্তরে প্রবেশ ও শাখা প্রশাখায় বিভক্ত এবং পৈশিক স্তর পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। স্তম্ভাকার কোষ এবং সিলিয়া সম্মিলিত, আর্ত্তব স্রাব এবং গর্ভাবস্থায় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি স্থূল হয়, গ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি স্তরে বিভক্ত এবং বহুসংখ্যক সূক্ষ্ম নলাকার বর্দ্ধন সমন্বিত, ইহার স্রাব পীতাভবর্ণযুক্ত গাঢ় চট্‌চটে, ক্ষারাক্ত শ্লেষ্মা।

এতদ্বারা রক্ত আবৃত থাকে। এই ঝিল্লি রক্তাভ ধূসরবর্ণ, সামান্ত স্বচ্ছ এবং সর্ব্বাপেক্ষা স্থূল।

জরায়ুর বন্ধনীর সংখ্যা প্রত্যেক পার্শ্বে তিনটীর হিসাবে ছয়টী, ব্রড লিগামেণ্ট, রাউণ্ড লিগামেণ্ট, ইউটিরো-সেক্রাল এবং ইউটিরো-ভেজাইনেল।

ব্রড লিগামেণ্ট পেরিটোনিয়মের দুই স্তবক দ্বারা নির্ম্মিত, জরায়ুর পার্শ্বধার হইতে বস্তি-প্রাচীর পর্য্যন্ত বিস্তৃত।

এতদ্বারা বস্তিগহ্বর অনুপ্রস্থভাবে দুই অংশে বিভক্ত হয়। সম্মুখাংশে মূত্রাশয় এবং পশ্চাতে সরলান্ত্র অবস্থিত। ব্রড লিগামেণ্টের ঊর্দ্ধাংশে তিনটী পৃথক্ পৃথক্ ভাঁজ; অগ্র ভাঁজমধ্যে রাউণ্ড লিগামেণ্ট, মধ্য ভাঁজে অণ্ডবহানল, পশ্চাতের ভাঁজমধ্যে অণ্ডাধার অবস্থিত। এই অবস্থার দৃশ্য কিয়দংশে বাদুড়ের পাখার অনুরূপ। এই বন্ধনীর স্তবক দ্বয়ের অভ্যন্তরে জরায়ুর শোণিত ও লসীকা বাহিকা, স্নায়ু এবং পেলভিক ফেসিয়া সম্মিলিত, শিথিল কৌষিক বিধান এবং উল্‌ফিয়ান্ বডীর অবশিষ্ট—পারভেরিয়াম বর্ত্তমান থাকে। ব্রড লিগামেণ্টের মধ্যস্থিত পৈশিক সূত্র সমূহ জরায়ুর পার্শ্ব হইতে আরম্ভ হয়। ইহা প্ল্যাটিস্‌মা মাইওডিস পেশীর ন্যায় পাতলা। এই সমস্তের দ্বারা জরায়ু ও তৎসংশ্লিষ্ট যন্ত্র সমূহ সম্পূর্ণরূপে আবৃত, কিন্তু ইহার যথার্থ ক্রিয়া কি তাহা স্থির হয় নাই, তবে জনন এবং সঙ্গম উভয়েরই সাহায্য করে।

রাউণ্ড লিগামেণ্ট পৈশিক সূত্রদ্বারা নির্ম্মিত। জরায়ুর ঊর্দ্ধধার হইতে আরম্ভ হইয়া ইঙ্গুইন্যাল ছিদ্র মধ্যে কৌষিক বিধান সহ সম্মিলিত হয়। ইহাতে ঐচ্ছিক পেশী-সূত্র, সংযোগ-তন্তু, শোণিত-বাহিকা এবং স্নায়ু প্রভৃতি বর্ত্তমান থাকে। পৈশিক সূত্রসমূহ ইণ্টারনাল ওবলিক, ট্রান্সভার্সিলিস, বাহ্য রিংএর কলম হইতে প্রাপ্ত হয়। ইহার সূত্র সমূহের গঠন এবং অবস্থা দৃষ্টে অনুমান করা যাইতে পারে যে

ইহাদিগের মিলিত কার্য্যে জরায়ু সিম্ফিসিস পিউবিসের সন্নিকটে আইসে। গ্রীবা যোনি হইতে উত্তোলিত হয়, সুতরাং জরায়ু-মুখ পশ্চাদূর্দ্ধ দিকে উত্থিত হইলে শুক্র-গমনের সুবিধা হয়। সঙ্গম সময়েই এই ক্রিয়া প্রকাশ পায়।

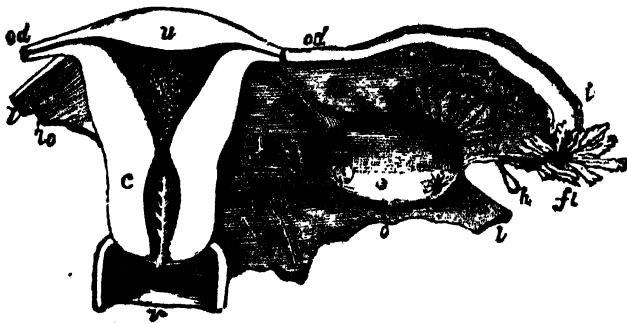
ভেসিকো-ইউটিরাইন লিগামেণ্ট অন্ত্রাবরক ঝিল্লির দুই স্তবক। এতদ্দ্বারা জরায়ুর সম্মুখ প্রদেশের অধঃ অংশ সহ মূত্রাশয়ের ফণ্ডস দৃঢ় আবদ্ধ।

ইউটিরো-সেক্রাল বন্ধনীও পেরিটোনিয়মের দুই স্তর দ্বারা নির্ম্মিত। জরায়ুর পশ্চাৎ প্রদেশের অধঃ অংশ হইতে আরম্ভ হইয়া তৃতীয় ও চতুর্থ সেক্রাল কশেরুকায় সংলগ্ন হয়। এই বন্ধনী জরায়ুর নিম্নাবতরণের প্রতিবন্ধকতা করে।

জরায়ুর ধমনী ইণ্টারনাল ইলিয়াক হইতে উৎপন্ন ইউটিরাইন। ওভেরিয়ান ধমনীও শোণিত প্রদান করে। ইহাদিগের-শাখা সমূহ পৈশিক স্তর মধ্যে প্রবেশ পূর্ব্বক বহু অংশে বিভক্ত ও অপর পার্শ্বের ধমনীসহ পরস্পর মিলিত হয়। ধমনী সমূহ কুঞ্চিত, বক্র এবং বহুল সূক্ষ্ম অংশে বিভক্ত হইয়া গ্রন্থি, গ্রীবা, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে প্রবেশ করে। শিরাসমূহও ধমনীর ন্যায় গমন করে। ইহাদিগের ভালভ নাই, সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম শিরা মিলিত হইয়া ইউটিরাইন সাইনস প্রস্তুত করে। এই সাইনস সমূহও পরস্পর মিলিত হইয়া বহির্দ্দিকে আসিয়া ওভেরিয়ান এবং ভেজাইন্যাল শিরা এবং জালবৎ প্রস্তুত হইলে পেম্পিনিফরম প্লেক্সাস প্রস্তুত হয়। লসীকা বাহিকার সহিত ইউটিকিউলার গ্রন্থির সম্বন্ধ আছে। ইহার অসংখ্য জালবৎ অংশে জরায়ু আবৃত, লম্বার এবং হাইপোগ্যাষ্ট্রিক গ্ল্যাণ্ডসহ সম্মিলিত। স্নায়ু সমূহ ওভেরিয়ান এবং হাইপোগ্যাষ্ট্রিক প্লেক্সাস হইতে উৎপন্ন। প্রধানতঃ সিম্প্যাথিটিক স্নায়ু হইলেও সেক্রাল স্নায়ুর সহিত সম্মিলিত থাকে। সেরিব্রো-স্পাইন্যাল স্নায়ুশাখা জরায়ু-গ্রীবায় বর্ত্তমান থাকে।

জরায়ুর নানাবিধ অস্বাভাবিক অবস্থা দেখা যায়। তদ্বিবরণ পরে বর্ণনীয়।

ফেলোপিয়ান টিউব বা ওভিডক্ট। অর্থাৎ অণ্ডবহানল।— এই নল অন্যান্য স্রাবকগ্রন্থি সমূহের নলের সদৃশ, কেবল বিভিন্নতা এই যে, ইহা গ্রন্থির সহিত তদ্রূপ সম্মিলিত নহে। পুংজননেন্দ্রিয়ের ভাসাডিফারেনসিয়ার অনুরূপ। জরায়ু হইতে শুক্র অণ্ডাধারে এবং অণ্ডাধার হইতে অণ্ড জরায়ুগহ্বরে আনয়ন, এই উভয় কার্য্য সম্পন্ন করে। এই নল অত্যন্ত সঞ্চালনীয়, জরায়ুর ঊর্দ্ধ দুই কোণ হইতে দুই পার্শ্বে দুইটী আরম্ভ হইয়া অনুপ্রস্থ ভাবে বাহ্যদিকে, নিম্নদিকে, তৎপর বাহ্য, পশ্চাৎ ও অভ্যন্তরদিকে গমন পূর্ব্বক অণ্ডাধারের সন্নিকটে উপস্থিত এবং ঝালরবৎ বহু শাখায় বিভক্ত হইয়া বস্তি-প্রাচীরের পার্শ্ব পর্য্যন্ত উপস্থিত হয়। প্রথমাংশ সরল, শেষ অংশ বক্র। ব্রডলিগামেণ্টের মধ্যে—সম্মুখে রাউণ্ডলিগামেণ্ট, পশ্চাতে অণ্ডাধারের লিগামেণ্ট, মধ্যস্থলের ঊর্দ্ধে দড়ার ন্যায় অনুভবনীয় নল। বাহ্য অন্তের অসংখ্য শাখার মধ্যে একটী অপেক্ষাকৃত বৃহৎ ও পরস্পরিতভাবে পেরিটোনিয়মের ভাঁজ দ্বারা অণ্ডাধারের প্রদেশের সহিত সম্মিলিত। এই অংশের নাম ইন্‌ফণ্ডিবিউলো-ওভেরিয়ান-ফিম্ব্রিয়া (৫ম চিত্র)। ইহার অভ্যন্তরে উন্মুক্ত ছিদ্র থাকে। অণ্ডনির্গম সময়ে এই ঝালরবৎ অংশ দ্বারা অণ্ডাধার আংশিক পরিবেষ্টন পূর্ব্বক ধৃত এবং অণ্ডনলমধ্যে গৃহীত হয়। প্রত্যেক ডিম্বনলী ৪ হইতে ৬ ইঞ্চ লম্বা। ফেলোপিয়ন্ টিউবের আরম্ভ স্থানের আয়তন প্রায় $\frac{1}{১৬}$ ইঞ্চ, পরে ক্রমশঃ স্থূলতার বৃদ্ধি হয়, অবশেষে পুনরায় সরু হইয়া পূর্ব্বোক্ত বাহ্য অন্তে মিলিত হয়। এই নলের আরম্ভ মুখ অষ্টিয়ম ইউটেরাইনম এবং বাহ্য মুখ অষ্টিয়ম এবডোমেনিলিস কহে। এই স্থানে ইহার রন্ধ্র অতি সূক্ষ্ম। এই নলদ্বয় প্রধানতঃ পৈশিক তন্তুতে নির্ম্মিত। ইহাদের আভ্যন্তরীণ

শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে মিলিয়া সংহিত। বাহ্যদিকে সৈহিক ঝিল্লি দ্বারা পরিবেষ্টিত। জরায়ু সংলগ্ন সরল (Isthmus) অংশের নল কুঁচী প্রবেশোপযুক্ত প্রশস্ত, কিন্তু তৎপর (Ampulla) এত প্রশস্ত যে, জরায়ু সাউণ্ড সহজে প্রবেশ করে। তৎপর পুনরায় সূক্ষ্ম হইয়া বিভিন্ন অংশে বিভক্ত (Fimbria)। এই নল দ্বারা অন্ত্রাবরক ঝিল্লি-গহ্বর সহ জরায়ু

৫ম চিত্র। জরায়ু ও তৎগহ্বর, অণ্ডাধার এবং অণ্ডবহা নল প্রভৃতি। *v*-যোনি, *c* জরায়ু গ্রীবা, *o u*-জরায়ু-কণ্ডস্ *o*-অণ্ডাধার। *od*-অণ্ডবহানল, *e*-রাউণ্ড লিগামেণ্ট, *lo*-অণ্ডাধারের লিগামেণ্ট, *i*-দক্ষিণ অণ্ডবহানলের বিস্তৃত অংশ, *fi*-অণ্ডবহানলের ঝালরবৎ অংশ, *p.o.* পারোভিরিয়ম, *lb* ব্রডলিগামেণ্ট।

গহ্বর সম্মিলিত। ⅓ অংশ অন্ত্রাবরক এবং অবশিষ্ট বিস্তৃত বন্ধনীস্তর মধ্য-সংস্থিত। এই নলের জরায়ুসংলগ্ন মুখ শ্লেষ্মা দ্বারা আবৃত থাকে। তজ্জন্য জরায়ু-গহ্বর হইতে তরল পদার্থ সহসা নল মধ্যে প্রবেশ করিতে পারে না। কিন্তু এই মুখ দৃঢ় ভাবে বন্ধ বা অত্যন্ত সূক্ষ্ম হইলে প্রতিরোধ জন্য তরল পদার্থ অন্ত্রাবরক ঝিল্লি গহ্বর মধ্যে প্রবিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। অণ্ডা-ধার এবং বস্তির অন্ত্রাবরক ঝিল্লির পৌনঃপুনিক প্রদাহ ইত্যাদি নানা কারণ বশতঃ স্থূল, আবদ্ধ বা অন্য রূপ পরিবর্ত্তন উপস্থিত হইলে শোথ, পূয় সঞ্চয়, আর্ত্তবস্রাব রোধ, এবং বন্ধ্যত্ব প্রভৃতি বিবিধ পীড়ার কারণ স্বরূপ হয়।

ওভেরী—অর্থাৎ অণ্ডাধার।—এই যন্ত্র পুরুষের মুষ্কের অনুরূপ। সংখ্যায় দুইটী। বস্তিগহ্বরের উভয় পার্শ্বে ও পশ্চাদ্দিকে বিস্তৃত বন্ধনীর পশ্চাৎ ভাঁজের উপরে, ফেলোপিয়ান নলের নিম্নাংশে, অন্ত্রাবরক ঝিল্লির ফসাওভেরী নামক অগভীর খাতে অবস্থিত (৫ম চিত্র)। বামটী জরায়ু হইতে এক ইঞ্চ ব্যবধানে সরলান্ত্রের সন্নিকটবর্ত্তী। দক্ষিণটী ক্ষুদ্রান্ত্রের কুণ্ডল সংশ্লিষ্ট। নানা কারণে এই অবস্থানের পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। স্বাভাবিকাবস্থায় উভয় হস্তের পরীক্ষা ব্যতীত প্রায় অনুভব করা যায় না। গুরুত্ব ৮০—৯০ গ্রেণ (প্রায় অর্দ্ধ তোলা)। বাদামাকৃতি: দৈর্ঘ্য ১½, প্রশস্ত ¾ এবং স্থূলত্ব ½ ইঞ্চ। বন্ধনী দ্বারা জরায়ু সহ আবদ্ধ। হাইলাম অর্থাৎ অগ্র প্রদেশ ব্রডলিগামেণ্ট সহ সংলিপ্ত। সদ্যঃ নিষ্কাশিতাবস্থায় অনুজ্জ্বল মুক্তাবৎ দৃশ্য।

গঠন।—অণ্ডাধারের বহির্দ্দেশ জারম্ অর্থাৎ কলমনার ইপিথিলিয়ম দ্বারা আবৃত; হাইলমে জারম ইপিথিলিয়ম ব্রড্ লিগামেণ্টের স্কোয়েমস্ ইপিথিলিয়ম্ সহ সম্মিলিত। একটি শুভ্র রেখা দ্বারা পার্থক্য নির্ণয় হয়। জারম্ ইপিথিলিয়মের নিম্নে টিউনিকা এলবুজিনিয়া; এই স্তরে সংযোজক তন্তু ঘনসন্নিবিষ্ট। অণ্ডাধারের অভ্যন্তরের অবশিষ্ট অংশ দুই ভাগে বিভক্ত,—বাহ্য এবং অভ্যন্তরাংশ। শেষোক্ত ব্রড্লিগামেণ্টেরই সংলগ্ন অংশ বিধান মাত্র। বাহ্যস্তরে সংযোজক তন্তু দ্বারা পরিবেষ্টিত গ্রাফিয়ান্ ফলিকলস্ অবস্থিত। উভয় অণ্ডাধারে ন্যূনাধিক অশীতি সহস্র গ্রাফিয়ান্ ফলিকলস্ বর্ত্তমান থাকে। ইহা বাহ্যস্তরে ক্ষুদ্র এবং গভীর স্তরে বৃহৎ; কিন্তু বাহ্যস্তরেও দুই একটী বৃহৎ গ্রাফিয়ান ফলিকলস্ বর্ত্তমান থাকে। প্রত্যেক গ্রাফিয়ান্ ফলিকলে টিউনিকা ফাইব্রোসা এবং টিউনিকা প্রোপ্রিয়া অবস্থিত। শেষোক্ত মেম্ব্রেনা গ্র্যানুলোসা নামেও পরিচিত। টিউনিকা প্রোপ্রিয়ার অভ্যন্তর পার্শ্বে স্তম্ভাকার কোষ, মধ্যস্থলে লাইকর ফলিকল। টিউনিকা প্রোপ্রিয়ার

অভ্যন্তর পার্শ্বে যে স্থানের গঠন অপেক্ষাকৃত বর্দ্ধিত তন্মধ্যে ওভম অবস্থিত।

হাইলমে বহুসংখ্যক শোণিত-বাহিকা বর্ত্তমান থাকে। সংযোজক তন্তু গোলাকার কোষে নির্ম্মিত।

অণ্ডাধার হইতে ওভিউলস্ এবং ওভম বহির্গত হওয়ার জন্যই কৃত্রিম এবং যথার্থ কর্পোরা লুটিয়ার উৎপত্তি হয়। প্রত্যেক ২৮ দিবস পর একবার অণ্ডাধারে পরিবর্ত্তন উপস্থিত হইয়া একটী ফলিকল্ বিদীর্ণ হয়। এইরূপ পর্য্যায়ক্রমে অণ্ডাধারের বিবৃদ্ধির সময় তন্মধ্যে অস্থায়ী শোণিতাবেগ এবং রক্তাধিক্য উপস্থিত হওয়ার ফলে তাহার গুরুত্বাধিক্য উপস্থিত হয়। যে সময়ে ফলিকল্ পরিণত ও বিদীর্ণ হইয়া ওভিউল বহির্গত হইলে ফেলোপিয়ন নল তাহা ধারণ করিতে না পারে, সে সময়ে তাহা বা শোণিত অন্ত্রাবরক ঝিল্লিগহ্বরে পতিত হয়।

অণ্ডাধার ও জরায়ুর ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ। ধমনী, শিরা এবং অন্ত্রাবরক ঝিল্লি উভয়েরই এক, পরন্তু কটিদেশের লসীকা গ্রন্থি হইতে অণ্ডাধারের ও জরায়ুর লসীকা বাহিকার উৎপত্তি হইয়াছে। সুতরাং একে রক্তাধিক্য, পূয়-সঞ্চয় বা দূষিতাবস্থা উপস্থিত হইলে তাহা যে অপরে প্রতিফলিত হইবে, তাহা সহজেই বোধগম্য হয়। ঐরূপ সম্বন্ধ জন্যই বস্তির অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রমেহের প্রদাহে অণ্ডাধারও অল্পাধিক আক্রান্ত হয়। অণ্ডাধারের শোণিতহীনতায় আর্ত্তবস্রাবের পরিমাণ হ্রাস ইত্যাদি ইহার দৃষ্টান্ত। এইরূপ নানাবিধ ঘটনায় অণ্ডাধারের অসুস্থতার জন্য স্ত্রীলোকের মানসিক এবং শারীরিক নানারূপ অসুস্থতা উপস্থিত হয়। অণ্ডাধার উচ্ছেদ করিলেও অসাময়িক এবং অন্যরূপ পরিবর্ত্তন হইতে দেখা যায়।

জরায়ু সংশ্লিষ্ট অন্যান্য যন্ত্র।

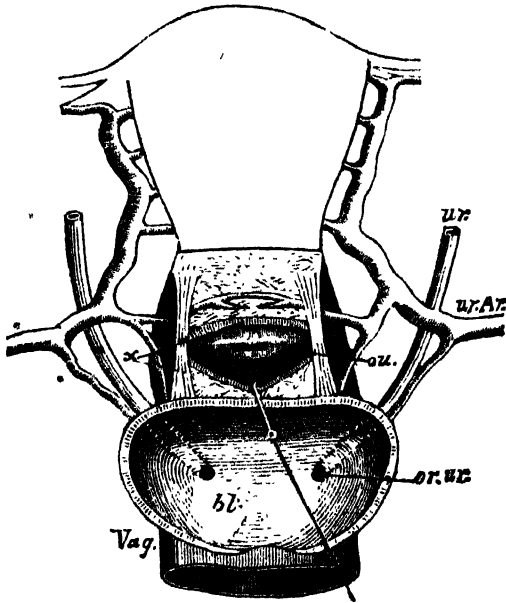
সরলান্ত্রের সহিত জরায়ুর বিশেষ সহানুভূতি আছে। স্ত্রীলোক সরলান্ত্র পরিষ্কার সম্বন্ধে শৈথিল্য করিয়া থাকে। তজ্জন্য ব্যাপক

এবং স্থানিক উভয়বিধ লক্ষণই উপস্থিত হয়। বস্তি-গহ্বরের রক্তাধিক্য জন্য শিরঃপীড়া, উদরাধ্মান, হৃৎকম্প এবং অর্শ প্রভৃতি পীড়া হইতে পারে। সরলান্ত্রের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির শুষ্কতা বা উত্তেজনাসহ জরায়ু এবং যোনির অসুস্থতা বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায়। জরায়ু স্থানচ্যুত বা বক্র হইলে সরলান্ত্রের পীড়া উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা।

মূত্রযন্ত্রের—মধ্যে মূত্রাশয় এবং ইউরিটার জরায়ুসন্নিকটস্থ এবং তজ্জন্য একের পীড়ার সহিত অপরের পীড়ার ভ্রম হইতে পারে। কমন ইলিয়াক ধমনী যে স্থানে দুই ভাগে বিভিন্ন হইয়াছে, ইউরিটার সেই স্থান পার হইয়া ইণ্টারনাল ইলিয়াক ধমনীর সম্মুখ দিয়া সম্মুখ নিম্নাভিমুখে গমন করতঃ যে স্থানে এই ধমনী শাখা বিভক্ত হইয়াছে সেই স্থানে পশ্চাৎ দিকে বক্র হইয়া জরায়ু ধমনী পার হইয়া সম্মুখাভিমুখ হইয়াছে। এই স্থান জরায়ু-গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের প্রায় সমসূত্রে অর্দ্ধ ইঞ্চ দূরবর্ত্তী। অতঃপর যোনির পার্শ্ব দিয়া কিয়দ্দূর গমন করতঃ যে স্থানে যোনি এবং মূত্রাশয় সম্মিলিত হইয়াছে, সেই স্থানে বক্র হইয়া যোনির সম্মুখ প্রাচীরের মধ্য স্থলে আসিয়া মূত্রাশয়ের প্রাচীরে প্রবেশ এবং অল্প নিম্নে বক্রভাবে বিদ্ধ করিয়া তন্মধ্যে প্রবিষ্ট হইয়াছে।

যোনির অগ্র প্রাচীরে অঙ্গুলী দ্বারা পরীক্ষা করিলে মূত্রাশয়ের যে স্থানে ইউরিটার প্রবিষ্ট হইয়াছে সেই স্থান হইতে ব্রডলিগামেণ্ট পর্য্যন্ত ইউরিটার অনুভব করা যায়। পরীক্ষার সময়ে অবটুরেটার ধমনী, স্নায়ু বা লিভেটার এনাই পেশীর সহিত ভ্রম হওয়া আশ্চর্য্য নহে।

এইরূপ অবস্থান জন্য মূত্রশিলা এবং মূত্রযন্ত্রের বিবিধ পীড়ার সহিত জননেন্দ্রিয়ের পীড়ার ভ্রম হইতে পারে। জরায়ু ইত্যাদির অস্ত্রোপচার সময়ে ইউরিটার প্রভৃতি আহত হইতে পারে। তজ্জন্য উক্ত যন্ত্র সমূহের বিশেষ অভিজ্ঞতা থাকা আবশ্যক। সাধারণ শারীরতত্ত্ব বিষয়ক গ্রন্থ পাঠে তদ্বিবরণ অবগত হওয়া কর্ত্তব্য।

শবচ্ছেদ সময়ে উভয় হস্ত দ্বারা অভ্যন্তরস্থিত জননেন্দ্রিয় সমূহ পুনঃপুনঃ পরীক্ষা, প্রত্যেক ছিদ্রে শলাকা চালান ও ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করান এবং জরায়ু-গহ্বরে সাউণ্ড চালান প্রভৃতি অভ্যাস করা কর্ত্তব্য।

৬ষ্ঠ চিত্র। জরায়ু, ইউরিটার, জরায়ু ধমনী, এবং মূত্রাশয় প্রভৃতির পরস্পর সম্বন্ধ। *Vag* যোনি। *bl.* মূত্রাশয়। *ur.* ইউরিটার। *ut. Ar* জরায়ু ধমনী। *or ur.* ইউরিটারের মুখ। *ou.* গ্রীবার বাহ্য মুখ।

মৃতদেহে বিনাচ্ছেদে স্বাভাবিক জরায়ু, অণ্ডাধার, অণ্ডবহানল এবং তাহাদিগের আয়তন প্রভৃতি সম্বন্ধে জ্ঞানলাভ করা উচিত। স্বাভাবিক অবস্থা সম্বন্ধে অভিজ্ঞতা জন্মিলে উক্ত যন্ত্র সমূহ অস্বাভাবিকা-বস্থায় স্থাপন, কোন যন্ত্র দূরীভূত বা তৎস্থানে অন্য বাহ্য বস্তু, ও বস্তি-

গহ্বরের পীড়ার অবস্থা নির্ণয় করিতে যত্ন করা আবশ্যক। সুযোগ এবং সুবিধা হইলে জীবিত সুস্থ দেহে পরীক্ষা করিয়া যন্ত্রাদির অভিজ্ঞতা লাভই শিক্ষার্থীর পক্ষে সর্ব্বোৎকৃষ্ট শিক্ষা।

দ্বিতীয় অধ্যায়।

রোগ-পরীক্ষা।

কোন রোগিণী চিকিৎসার্থে আসিলে সতর্কভাবে যথার্থ রোগ নির্ণয় করা চিকিৎসকের সর্ব্বপ্রধান কর্ত্তব্য। রোগ নির্ণয় হইলে তৎপর চিকিৎসায় প্রবৃত্ত হওয়া উচিত। অনাবশ্যকীয় স্থলে জননেন্দ্রিয় পরীক্ষা দ্বারা স্ত্রীলোকের লজ্জাশীলতায় হস্তক্ষেপ করা যেরূপ দূষণীয়, যথার্থ রোগ নির্ণয় না করিয়া চিকিৎসা করাও তদ্রূপ। যথোপযুক্তভাবে পরীক্ষা না করিয়া চিকিৎসা করার জন্যই অস্মদ্দেশে স্ত্রীরোগ-চিকিৎসা সুফল প্রদান করিতেছে না। জরায়ুর পলিপস, মারাত্মক পীড়া বা রজঃকৃচ্ছ্রতার জন্য যোনি হইতে শোণিতস্রাব; জরায়ুর স্থানচ্যুতি, সৌত্রিক অর্ব্বুদ কিম্বা বস্তিগহ্বরের রক্তার্ব্বুদ জন্য মূত্রাশয়-উত্তেজনা; এবং বস্তিগহ্বরের অর্ব্বুদ, তরল দ্রব্য সঞ্চয় অথবা জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতার জন্য মলত্যাগের কষ্ট হইতে পারে। কিন্তু ইহার কোন পীড়াই বস্তিগহ্বরস্থিত যন্ত্র সমূহের যথাতথ পরীক্ষা ব্যতীত নির্ণয় হইতে পারে না, সুতরাং কেবলমাত্র লক্ষণ সমূহের বিবরণ বাচনিক অবগত হইয়া চিকিৎসা করিলে অপযশঃ স্বীকার করিতে হইবে, তাহা সহজ-অনুমেয়। পবিত্রচিত্তে কেবল আবশ্যকীয় অংশ-মাত্র পরীক্ষা করিবে।

সাধারণ পরীক্ষার জন্য উপযুক্ত শয্যা, মাপের ফিতা, ষ্টেথস্কোপ, ভেজাইন্যাল্ স্প্যাকুলাম, স্প্যাকুলামফরসেপস্, বিশুদ্ধ তুলা, জরায়ুর সাউণ্ড, ওলিভার টেষ্ট কাগজ, এবং থারমোমিটার আবশ্যক।

বিশেষরূপ পরীক্ষা করিতে হইলে কোকেন, ক্লোরফরম, এস্পিরেটিং

নিডল বা অধঃস্বাচিক পিচকারী, টেণ্ট, ইউটেরাইন হোলডার বা টেনাকিউলাম, টেণ্ট প্রবেশ করানের যন্ত্র, ইউটিরাইন প্রোব এবং অণুবীক্ষণ যন্ত্র আবশ্যক।

নিঃসন্দেহরূপে রোগ নির্ণয় জন্য আবশ্যক হইলে ভিন্ন ভিন্ন প্রণালীতে পরীক্ষা করা উচিত। প্রথমেই রোগিণীর বিস্তারিত ইতিবৃত্ত সম্বন্ধে প্রশ্ন করা আবশ্যক।

বয়স, ব্যবসা, কুমারী বা সধবা কি বিধবা, গর্ভধারণের এবং গর্ভস্রাবের সংখ্যা, শেষ গর্ভের সময়, স্তন্যদায়িনী কি না, কত বয়সে প্রথম আর্ত্তবস্রাব হয়, শেষ তিনবার আর্ত্তবস্রাবের সময়, স্রাবের প্রকৃতি, পরিমাণ, নিয়ম এবং বেদনা; স্রাব সময়ে বেদনা হইলে তাহার স্থান, সময় এবং প্রকৃতি; স্রাব প্রদাহ জন্য হইলে শ্বেতপ্রদরবৎ বা শোণিত মিশ্রিত কি না; কৌলিক বৃত্তান্ত, মল, নিদ্রা, ক্ষুধা এবং শক্তি ইত্যাদির বিষয় অবগত হওয়া কর্ত্তব্য।

ইতিবৃত্ত।

বয়স।—রোগ নির্ণয় সম্বন্ধে বয়স অবগত হওয়া উচিত। যৌবন আরম্ভে ইন্দ্রিয় সমূহের পরিবর্ত্তন হইয়া বালিকা সহসা যুবতী হয়। এই সময় যেমন দ্রুত বৈধানিক পরিবর্ত্তন এবং নিয়ত শোণিত সংস্কৃত হওয়ায় জীবনের একটী শঙ্কটাপন্নাবস্থা। আর্ত্তবস্রাব এক কালীন বন্ধ হওয়ার সময়ও তদ্রূপ। এই সময়ে পুনর্ব্বার পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। জননেন্দ্রিয়সমূহে, বিশেষতঃ অণ্ডাধার এবং জরায়ুতে অনিয়মিত রক্তাধিক্য, শোণিতস্রাব, সৌত্রিক অর্ব্বুদ, পলিপস বা মারাত্মক পীড়া হওয়ার আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে।

এই শেষোক্ত সময়েই ভাইকেরিয়স আর্ত্তবস্রাব অর্থাৎ দূরবর্ত্তী যন্ত্র হইতে শোণিতস্রাব—যেমন এপিসট্যাক্সিস, রক্তবমন, রক্তোৎকাশ

গুরুতর স্নায়বীয় লক্ষণ—আক্ষেপ, শিরঃশূল, মানসিক বিকৃতি প্রভৃতি উপস্থিত হইতে পারে। কিন্তু বার্দ্ধক্যাবস্থার সূত্রপাতেই ঐ সমস্ত অসুস্থাবস্থা অপসারিত হইতে পারে। আর্ত্তবস্রাব আরম্ভ ও শেষ হওয়ার মধ্যবর্ত্তী বয়সে, আর্ত্তবস্রাব সম্বন্ধীয় বিবিধ পীড়া, জননেন্দ্রিয়ের প্রদাহ, স্থানভ্রষ্টতা, পরন্তু সধবা স্ত্রীর সঙ্গম-সংশ্লিষ্ট কোনরূপ পীড়া উপস্থিত হইতে পারে।

গর্ভ এবং গর্ভস্রাব।—পুনঃ পুনঃ গর্ভধারণ জন্য সাধারণ স্বাস্থ্যের এবং জরায়ুর পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। এই অবস্থায় জরায়ু-গ্রীবার বিদারণ, অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, ফিশ্চুলা, মূত্রাশয়ের অসুস্থতা, স্তনের পীড়া ইত্যাদির বিষয় অনুসন্ধান করা আবশ্যক। অভ্যাস বা উপদংশ জন্য পুনঃ পুনঃ গর্ভস্রাব হইতে পারে। অলক্ষিতভাবে মূত্রযন্ত্রের পীড়াও বর্ত্তমান থাকা আশ্চর্য্য নহে, তজ্জন্য মূত্রের অণ্ডলাল ইত্যাদির পরীক্ষা করা বিধি। উপদংশ সম্বন্ধে সতর্কভাবে পরীক্ষা করা আবশ্যক।

ব্যবসা এবং অভ্যাস।—গুরুতর পরিশ্রম এবং আলস্য পরতন্ত্রতা উভয়ই পীড়ার কারণ হইতে পারে। পরণ পরিচ্ছদ, ক্ষুধা, খাদ্য এবং অন্যান্য বিষয় অনুসন্ধান করিয়া দেখিবে যে, তাহার সহিত বর্ত্তমান পীড়ার কোন সংস্রব আছে কি না।

ঋতু।—যুবতীদিগের আর্ত্তবস্রাবের প্রকৃতি, পরিমাণ এবং নিয়মিতত্ব সম্বন্ধে স্থির সিদ্ধান্ত করা অত্যন্ত কঠিন। উপযুক্ত উত্তর প্রায়ই পাওয়া যায় না। গর্ভ হইয়াছে কি না, তাহা সতর্কভাবে স্থির করা কর্ত্তব্য। আত্মীয়দিগের নিকট হইতে যথার্থ বিষয় অবগত হইতে চেষ্টা করা উচিত। চিকিৎসাধীনে আইসার পর সুবিধা হইলে আর্ত্তবস্রাবের প্রকৃতি, পরিমাণ, বেদনা এবং অন্যান্য বিষয় সম্বন্ধে বিস্তারিত অবগত হওয়া যায়। জরায়ুর পীড়ার জন্য চক্ষের পীড়া হইতে পারে। আর্ত্তবস্রাব অনিয়মিত, অত্যধিক বা অল্প হইলে তাহার কারণ অনুসন্ধান

আবশ্যক। স্থানিক কারণ ব্যতীত মানসিক কষ্ট, অভ্যাস এবং অবস্থান জন্য ঐরূপ পরিবর্ত্তন হইয়াছে কি না, তাহা অনুসন্ধান করা আবশ্যক।

স্রাব। রোগ নির্ণয়ের পক্ষে যোনি এবং জরায়ুর স্রাবের প্রভৃতি পরীক্ষা করা বিশেষ আবশ্যক। এই স্রাব, সাধারণ শ্লেষ্মা, পূয়-শ্লেষ্মা মিশ্রিত, পূয় ক্লেদ, বা রক্তরসবৎ; সরবৎ পাতলা স্বর, তুষাবৎ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র খণ্ড, স্থূল ও আঠাল, লাল্‌সে; চট্‌চটে, স্বচ্ছ এবং অম্লাক্ত. পাংশুটে, শুভ্র, পীতাভ বা পাটল, শোণিত বা সবুজাভ বর্ণযুক্ত; গন্ধহীন, সামান্য গন্ধ বা প্রবল গন্ধ যুক্ত। এই সমস্ত গুণ হইতে স্রাবের উৎপত্তি এবং প্রকৃতি অবগত হওয়া যায়। পরন্তু পূয়, স্তম্ভাকার বা শল্কবৎ কোষ প্রভৃতিও আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় স্থির হইলে রোগ নির্ণয় আরও দৃঢ়ীভূত হইতে পারে।

সাধারণ শ্বেতবর্ণ স্রাব, অণ্ডবহানল, জরায়ুর বা তাহার গ্রীবা হইতে হইলে শ্বেতবর্ণ, ক্ষারাক্ত, স্তম্ভাকার কোষযুক্ত, চট্‌চটে, বা লাল্‌সে হয়। এণ্ডোমিট্রাইটিস্ পীড়ায় এইরূপ স্রাব দ্বারা জরায়ু-মুখ আবদ্ধ থাকে। বন্ধ্যাত্বের ইহাও একটী কারণ। গ্রীবার বাহ্যদেশ ও যোনি হইতে ঐরূপ স্রাব অম্লাক্ত, গাঢ়, দুর্গন্ধ সরবৎ, কখন গ্রীবায় আবদ্ধ থাকে, শল্কবৎ কোষ ও তৈলবিন্দুবৎ দেখা যায়। প্রদাহ এবং পরাঙ্গপুষ্ট জীবের উত্তেজনার জন্য অন্য প্রকৃতির স্রাব হইতে পারে। ভগ হইতে ক্লেদবৎ অম্লাক্ত বসা মিশ্রিত শ্লেষ্মা স্রাব হয়। প্রদাহ জন্য অণ্ডবহা নল ও জরায়ু হইতে পূয়বৎ স্রাব হয়। অবস্থানুসারে ইহার প্রকৃতি নানারূপ হয়। যোনির প্রদাহ, শোথ বা স্ফোটক প্রভৃতি কারণে পূয় স্রাব হয়। প্রমেহ পীড়ায় পীতাভ, গাঢ়, ইপিথিলিয়ম-যুক্ত যথেষ্ট পরিমাণে স্রাব হয়। সৌত্রিক অর্ব্বুদ এবং ক্যানসার পীড়ায় জন্য রঙ্গিন্ জলবৎ স্রাব হয়। ক্যান্‌সার, জমাটরক্ত, বিনষ্ট ঝিল্লি ও পুটলী অবস্থান জন্য, এবং পচন জন্য স্রাবে দুর্গন্ধ হয়। সৌত্রিক অর্ব্বুদ,

পলিপাস, ক্যানসার, জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদাহ এবং গ্রীবার ক্ষত জন্ত শোণিতমিশ্রিত স্রাব হয়।

সরলান্ত্রসহ যোনির নালী ঘা, জরায়ু ভ্রংশ, এবং বক্ষ-জানু অবস্থান জন্য যোনি হইতে বায়ু নির্গত হইতে পারে। জরায়ুর মারাত্মক পীড়া, হাইডেটিড এবং গর্ভ সঞ্চার জন্য জলবৎ এবং শোণিতমিশ্রিত স্রাব হয়। যোনি হইতে ঐরূপ স্রাবের কারণ মূত্রাশয়ের নালী-ঘা, অণ্ডাধারের অর্ব্বুদ-বিদারণ, গ্লিসিরিন পুঁটলী এবং অন্যরূপ স্বাভাবিক উত্তেজনা।

শয্যা।—পরীক্ষা জন্য কোচ বা অস্ত্রোপচারের টেবিলে শয়ান করাইয়া পরীক্ষা করা রীতি। গৃহস্থের বাটীতে সাধারণ তক্তোপোষে মাদুর পাতিয়া তদুপরি শয়ান করাইয়া পরীক্ষা করিতে হয়। এই তক্তোপোষ চারি ফিট দীর্ঘ ও আড়াই ফিট প্রশস্ত এবং চিকিৎসক উপবেশন বা দণ্ডায়মান হইয়া পরীক্ষা করিতে পারেন এমত উচ্চ হইলেই সুবিধা হয়। সাধারণতঃ [illegible] যেরূপ তক্তোপোষ থাকে তাহাতে শয়ান করাইয়া পরীক্ষা করিতে হইলে চিকিৎসককে মোড়ায় বসিতে হয়। আবশ্যক হইলে পায়ার নীচে ইষ্টক স্থাপন করতঃ উচ্চ বা নীচ করা যাইতে পারে

রোগিণীকে এরূপভাবে শয়ান করাইতে হইবে যে, তাহার নিতম্বদেশ তক্তোপোষের এক পার্শ্বে সংলগ্ন এবং যোনির মধ্যে আলোক প্রবিষ্ট হইতে পারে।

যোনি হইতে জল ইত্যাদি পতিত হওয়ার সম্ভাবনা থাকিলে তক্তোপোষের নীচে সেই স্থানে একটী গামলা স্থাপন করিবে।

আবশ্যকীয় যন্ত্রাদি স্থাপন জন্য চিকিৎসকের সন্নিকটে উপযুক্ত স্থান আবশ্যক।

সাহায্যকারিণী কর্ত্তৃক এই সমস্ত কার্য্য সম্পাদিত এবং রোগিণী

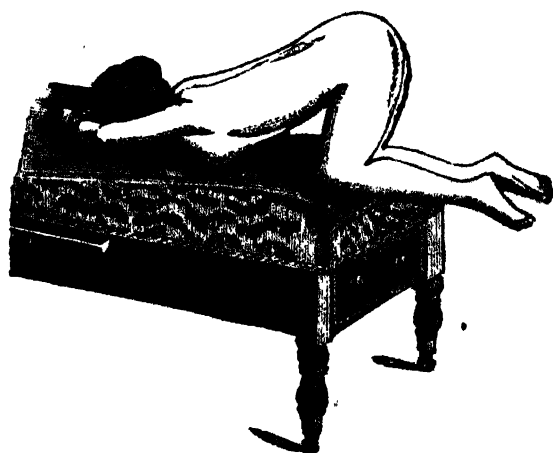
বস্ত্রাবৃতা হইলে পর চিকিৎসক প্রকোষ্ঠ মধ্যে প্রবেশ করিবেন। পরীক্ষার সময়ে একজন আত্মীয় ভিন্ন অধিক লোক থাকা অনুচিত।

৭ম চিত্র। মার্টিন সিংহের সেমিপ্রোণ পজিসন। অর্থাৎ রোগিণীকে বাম পার্শ্বে অল্প উপুড় ভাবে স্থাপন করানের রীতি।

চিত্র। ডর্সো-সেক্রাল পজিসন অর্থাৎ উত্তানভাবে স্থাপ রোগিণী ক্লোরফরমে অচৈতন্যা এবং পদদ্বয় স্থির থা জন্য ব্যাণ্ডেজ আবদ্ধ আছে। পরীক্ষা এবং অস্ত্রে চার উভয়ের পক্ষেই এইরূপে স্থাপন সুবিধা জনক।

পীড়িতা যাহাতে ভয়বিহ্বলা ও তাহার লজ্জাশীলতার বিঘ্ন না হয়, তদ্রূপ উপায় অবলম্বন এবং পরীক্ষার সময়ে অন্যমনস্কা করিতে যত্ন করিবে।

বামপার্শ্বে শয়ান করাইয়া উরুদ্বয় উদরাভিমুখে স্থাপন করতঃ পরীক্ষা করাই ইংলণ্ডের রীতি, কিন্তু এ প্রদেশে উত্তানভাবে শায়িতা ও উরুদ্বয় উদরের দিকে লইয়া পরস্পর দূরবর্ত্তী রাখিয়া পরীক্ষা করার প্রথা প্রচলিত। নিতম্বদেশের নিম্নে বালিশ দিয়া মস্তক অপেক্ষা তাহা চারি অঙ্গুলী উচ্চে রাখা আবশ্যক। চিকিৎসক দণ্ডায়মানাবস্থায় পরীক্ষা করিতে পারেন শয্যা এমত উচ্চ হইলেই ভাল।

সাধারণ পরীক্ষার জন্য প্রথমোক্ত এবং বিশেষ পরীক্ষার জন্য শেষোক্ত প্রণালী উৎকৃষ্ট, কিন্তু বিশেষ বিশেষ অস্ত্রোপচার জন্য অন্যান্য

১ম চিত্র। জেনু-পেক্টোরাল পজিসন। চিত্রে পদদ্বয় যত ফাক আছে। অস্ত্রোপচার সময়ে তদপেক্ষা অধিক ফাক করার আবশ্যক হয়।

প্রণালী অবলম্বন করার আবশ্যক হইতে পারে। যোনির মধ্যে কোন

রূপ অস্ত্রোপচার—ভেসাইক্যাল, রেক্টাল, ইউটিরাইন ফিশ্চুলা বা তদ্রূপ অন্য কোন অস্ত্রোপচার আবশ্যক হইলে বক্ষঃ-জানু (Genu-pectoral) প্রথাই শ্রেষ্ঠ। এইরূপে স্থাপন করিলে উদর-গহ্বরের যন্ত্রাদির ভার বস্তি-গহ্বরের যন্ত্রাদিতে না পড়িয়া নিম্নসম্মুখ দিকে পতিত হয়। জরায়ু প্রভৃতি নিম্নদিকে চালিত হওয়ায় যোনিমধ্যে যথেষ্ট স্থান পাওয়া যায়। এবং শ্বাসপ্রশ্বাসে তাহা তত বিচলিত হইতে পারে না। পরন্তু এই অবস্থায় অঙ্গুলী দ্বারা পরীক্ষার সময়ে যোনি মধ্যে যে বায়ু আবদ্ধ হয় তাহা জরায়ু ও যোনি-প্রাচীরে সঞ্চাপ প্রদান করে।

উদর-পরীক্ষা।—উদর পরীক্ষার সময়ে রোগিণীকে উত্তান ভাবে শয়ান, পদদ্বয় সঙ্কুচিত, পেশী ও বসন ইত্যাদি শিথিলাবস্থায় রাখিবে। পরিমাপ, দর্শন, সঞ্চাপন, আঘাত এবং আকর্ণন দ্বারা পরীক্ষা করিতে হয়।

ফিতা।—ফিতা দ্বারা নাভির নিকট উদর-গহ্বরের পরিধি, নাভি হইতে পার্শ্বদিকে মেরুদণ্ডের এবং নিম্নদিকে ইলিয়মের ঊর্দ্ধাগ্র স্পাইন, ও এই স্পাইন হইতে সিম্ফিসিসের দূরত্ব নির্ণয় করা আবশ্যক। এতদ্দ্বারা উদরের স্ফীতাবস্থা, অর্ব্বুদের আয়তন এবং উভয় পার্শ্বের বিভিন্নতা স্থির হয়। নাভির সন্নিকট উদরের পরিধি অণ্ডাধারের ড্রপসীতে অধিক হয়। অণ্ডাধারের অর্ব্বুদে একপার্শ্বে এবং সগর্ভ জরায়ু মধ্যস্থল হইতে নির্দ্দিষ্টভাবে বৃদ্ধি পাইতে থাকে।

দর্শন দ্বারা আকৃতি, আয়তন, ভাঁজ, নাভির উচ্চ-নীচাবস্থা, ত্বক্-বিশেষতঃ মধ্য রেখার বিবর্ণ, জরায়ুর সঙ্কোচন, ভ্রূণের গতি, নিশ্বাস প্রশ্বাস সহ ঔদরিক গতি এবং ধমনী স্পন্দন জানা যায়। পিপের ন্যায় আকৃতি ও উচ্চ ভাব অণ্ডাকারের ড্রপসীতে; সমভাবে স্ফীত, যে কোন পার্শ্বে হেলিয়া পড়া, উদরীর লক্ষণ; ভিন্ন ভিন্ন স্থানে পৃথক্ পৃথক্ স্ফীততা

বহুসংখ্যক কোষার্ব্বুদ, যকৃৎ ও প্লীহার অর্ব্বুদ, বা অন্তরূপ নিরেট মারাত্মক বর্দ্ধন নির্দ্দেশক। নাভি গর্ভাবস্থায় উচ্চ, উদরী রোগে জলপূর্ণ-স্ফীত, মারাত্মক এবং সংযোগবিশিষ্ট অর্ব্বুদে অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট থাকে। ত্বক্ পাতলা, শোথযুক্ত, সটান, নিম্নস্থ পেশী সুস্পষ্ট, অন্যান্য চিহ্ন, এবং স্ফোট প্রভৃতি দেখা উচিত।

সঞ্চাপ।—অঙ্গুলী-সঞ্চাপন দ্বারা অতি সাবধানে উদর ও বস্তি-গহ্বরের যন্ত্রাদি এবং পীড়ার অবস্থা পরীক্ষা করা উচিত। স্থানিক উত্তাপ, টনটনানী, অর্ব্বুদের প্রকৃতি, কঠিন ও তরল পদার্থ-সঞ্চয়, যন্ত্রাদির সঞ্চালনশীলতা, এবং বেদনা ইত্যাদি অবগত হওয়া যায়। প্রত্যেক স্থানে ধীরে ধীরে সঞ্চাপ বৃদ্ধি করিয়া পরীক্ষা করা আবশ্যক। উদরে মেদ সঞ্চিত থাকিলে গভীর সঞ্চাপ ব্যতীত প্রকৃত অবস্থা স্থির করা কঠিন। এ সম্বন্ধে অঙ্গুলী-পরীক্ষা অভ্যাস করা কর্ত্তব্য। রোগিণীকে অন্যমনস্কা না করিয়া পরীক্ষা করিলে উদর কঠিন থাকে। অধিক স্থূলত্ব, বেদনা, পৈশিক কাঠিন্য, এবং হিষ্টিরিয়া থাকিলে পরীক্ষা করা কঠিন।

প্রতিঘাত দ্বারা উদর-গহ্বর-মধ্যস্থ তরল বস্তু, অর্ব্বুদ, উদরী, গর্ভ, এবং বায়ুপূর্ণ ইত্যাদি অবস্থা অবগত হওয়া যায়। উদরোপরি বাম হস্তের মধ্যমাঙ্গুলী দৃঢ়ভাবে স্থাপন করতঃ তদুপরি দক্ষিণ হস্তের মধ্যমা এবং তর্জ্জনী দ্বারা আঘাত প্রদান করা রীতি। উদরের প্রত্যেক অংশে প্রতিঘাত দ্বারা পরস্পর পার্থক্য এবং রোগিণী পার্শ্ব পরিবর্ত্তন করিলে শব্দের পরিবর্ত্তন হয় কি না, তাহা স্থির করা আবশ্যক। উদরী রোগে নিম্নদিকে তরল পদার্থ অবস্থান করে। সেই স্থানে পূর্ণগর্ভ শব্দ হয়। ওভেরিয়ান ড্রপসীতে বস্তির পার্শ্ব হইতে পূর্ণগর্ভ শব্দ আরম্ভ হয়; অন্ত্র পশ্চাতে থাকে; মধ্যস্থলে পূর্ণগর্ভ এবং পার্শ্বদেশে শূন্যগর্ভ শব্দ উৎপন্ন হয়। পার্শ্ব পরিবর্ত্তনে বা উপবেশনে এই পূর্ণগর্ভ শব্দ স্থান-

ভ্রষ্ট হয় না। গর্ভ, উদরী ও অন্যান্য যন্ত্রের অর্ব্বুদ সতর্কভাবে নির্ণয় করিবে। ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডের শব্দ, উদরের বৃহৎ ধমনীর শব্দ অন্ত্র অর্ব্বুদে চালিত হইলে অর্ব্বুদ, গর্ভ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। সন্দেহযুক্ত স্থলে অজ্ঞান করিয়া পরীক্ষা করিবে। পিউবিসের ঊর্দ্ধে বিবর্দ্ধিত জরায়ু ও অত্যধিক মূত্রপূর্ণ মূত্রাশয় অনুভব করা যায়।

আকর্ণন জন্য ষ্টেথস্কোপ দ্বারা পরীক্ষা করা হয়। ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডের শব্দ, গর্ভাবস্থা ও সৌত্রিক অর্ব্বুদ জন্য ও জরায়ুর সুফল্ (Souffle), অর্ব্বুদাদির সংযোগজনিত কর কর শব্দ, বৃহৎ ধমনী স্পন্দন, এবং অন্ত্র মধ্যে বায়ুজনিত শব্দ, রক্তার্ব্বুদ, গর্ভ, ওভেরিয়ান ড্রপসী, উদরী ইত্যাদি নির্ণয় হয়। সময়ে সময়ে বক্ষোগহ্বরের শব্দ উদরে শ্রুত হওয়া যায়। তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখিবে।

অঙ্গুলী-পরীক্ষা (Digital Examination.)

যে কোন অবস্থায় শয়ান করাইয়া অঙ্গুলী দ্বারা পরীক্ষা করা যায়। উত্তান ভাবই প্রশস্ত। রোগিণীর প্রকোষ্ঠে প্রবেশ করার পূর্ব্বে হস্তদ্বয় উষ্ণ জল, সাবান, ও পচননিবারক জল দ্বারা উত্তমরূপে ধৌত এবং তৎপর কার্ব্বলিক্ তৈল মণ্ডিত করিবে। নখ একটুও বড় থাকা অনুচিত। এইরূপে হস্ত পরিষ্কার করিলে হস্ত কোমল, এক হইতে অপরে রোগবীজ সংক্রমণ আশঙ্কা লাঘব এবং নিজ দেহে বিষাক্ত পদার্থের প্রবেশ-পথ কথঞ্চিৎ রোধ হয়। মল এবং মূত্রাশয় পূর্ব্বেই পরিষ্কার করা কর্ত্তব্য। চিকিৎসক উপস্থিত হইলে পরিচর্য্যাকারিণী কেবল নির্দ্দিষ্ট স্থানের বস্ত্রোন্মোচন এবং রোগিণীকে অভয় প্রদান করিবে।

চিকিৎসক ধীরে ধীরে কোমলভাবে যোনিমুখ স্পর্শ করিবেন। তথায় বেদনা থাকিলে দর্শন করা কর্ত্তব্য। কোন স্থানে স্ফোটক, মূত্রনালীতে ক্যারঙ্কল, ভেজাইনিস্‌মাস, প্রদাহ, ক্ষত, বিদারণ, কোষাবৃত

বা অন্যরূপ অর্ব্বুদ, অসম্পূর্ণ বা অস্বাভাবিক নির্ম্মাণ, কণ্ডাইলোমেটা, ওষ্ঠের বিবৃদ্ধি, শিরা-স্ফীতি, একজিমা, পরাঙ্গপুষ্টজীবজনিত পীড়া, প্রুরাইটিস্, আঁচিল, উপদংশ, নোয়া, আকস্মিক বা আত্মকৃত আঘাত, গুরুতর সঙ্গমজনিত লোমছা-ঘা; সূতিকা, হাম কিম্বা বসন্ত জন্য প্রদাহ, মারাত্মক ক্ষত, দৈহিক পীড়ার জন্য দুর্গন্ধযুক্তস্রাব, উদ্ভিদাঙ্কুর এবং ভগ-যোনি গ্রন্থির অবরোধ জন্য প্রদাহ, গোলবন্ধনী অথবা অন্ত্রের স্থানচ্যুতি বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

যৌন পরীক্ষা।—যোনি-দ্বারে কোন স্ফীত পদার্থ বহির্মুখ হইতে থাকিলে তাহার অবয়ব, গঠন-প্রকৃতি এবং কোথা হইতে আসিতেছে, তাহা অনুসন্ধান করা কর্ত্তব্য। প্রায়শঃ যোনির অগ্র প্রাচীরে সিষ্টোসিল, জরায়ু গ্রীবার নিম্নাবতরণ, যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরে রেক্টোসিল, জরায়ু ও যোনির নিউওপ্লাজম, জরায়ুর উর্দ্ধাংশ উল্টান ইত্যাদি দেখা যায়।

হাইমেন(সতীচ্ছদ)—বিভক্ত কি অবিভক্ত, বেদনাযুক্ত, বিদারণ, ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ছিদ্র ইত্যাদি দেখিবে। সতীচ্ছদ দ্বারা সম্পূর্ণ আবদ্ধ যোনিতে আর্ত্তব স্রাব সঞ্চিত হইয়া অর্ব্বুদাকার ধারণ করে। কখন কখন ঈষৎ স্থিতিস্থাপক বৃহৎ হাইমেন দেখা যায়। এই সমস্ত দেখার সময় ওষ্ঠদ্বয় পরস্পর পৃথক্ করিয়া রাখা উচিত।

যোনিমধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইতে হইলে হস্ত বস্ত্রের মধ্য দিয়া যোনিদ্বারের সন্নিকটে লইয়া অঙ্গুষ্ঠ করতলে ন্যস্ত করতঃ কেবল তর্জ্জনী এবং মধ্যমাঙ্গুলী দ্বারা যোনি-দ্বারের পশ্চাদ্‌ভাগ স্পর্শ করিয়া প্রথমে তর্জ্জনী এবং যোনি বৃহৎ হইলে মধ্যমাঙ্গুলী তন্মধ্যে প্রবিষ্ট করাইবে। অঙ্গুলী প্রবিষ্ট করানের সময়ে বেদনা বোধ করিলে চাক্ষুষ পরীক্ষা আবশ্যক। যোনিমধ্যে অঙ্গুলী দ্বারা তৎপ্রাচীরের দৈর্ঘ্য, রাফির অস্তিত্ব, প্রসারণশক্তি, প্রদাহ, অর্ব্বুদ, স্পর্শজ্ঞান, অস্বাভাবিক বর্দ্ধন,

স্থানচ্যুতি, স্ফীততা, উত্তাপ ও স্রাব ইত্যাদি পরীক্ষা করা আবশ্যক। অর্ব্বুদাদি জন্য জরায়ু ঊর্দ্ধে উঠিলে প্রাচীর বৃহৎ এবং সিষ্টোসিল, জরায়ু-ভ্রংশ, রেক্‌টোসিল, ক্ষতের সঙ্কোচন, জরায়ুর পশ্চাদ্‌বক্রতা ও পশ্চাতে তরল পদার্থ সঞ্চয় জন্য যোনিপ্রাচীর ক্ষুদ্র হয়।

জরায়ুর গ্রীবা।—স্বাভাবিক অপেক্ষা নিম্নে অবস্থিত হইলে বিবৃদ্ধি, নিম্নাভিমুখে হইলে নিম্নাবতরণ, সম্মুখাভিমুখে পশ্চাদ-বক্রতা এবং পশ্চাদভিমুখে হইলে সম্মুখ-বক্রতা-নির্দ্দেশক। অধিক বয়স, অধিক গর্ভসঞ্চার, প্রসবের অব্যবহিত পূর্ব্বে ও সময়ে, পার্শ্ববর্ত্তী কৌষিক বিধান মধ্যে অণ্ড বস্তু সঞ্চয়, অতিরিক্ত সঙ্কোচন, গর্ভাবস্থা, অসম্পূর্ণ বর্দ্ধনজন্য গ্রীবা খর্ব্ব এবং নিম্নাভিমুখে স্থানভ্রষ্ট, বিবৃদ্ধিজনিত দোদুল্যমানতা, বন্ধ্যাত্ব ও অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন থাকিলে দীর্ঘ হয়। প্রদাহ, ক্যানসার, বার্দ্ধক্যজনিত ক্ষয়, ও সৌত্রিক অর্ব্বুদ জন্য কঠিন এবং গর্ভাবস্থা ও অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন জন্য কোমল হয়। পরন্তু বন্ধ্যা স্ত্রীর সূচীবৎ, জরায়ুর বক্রতায় বক্র; পুরাতন প্রদাহ জন্য স্ফীত ও শোণ-যুক্ত, বয়োধিকা কুমারীর ক্ষুদ্র ও উপাস্থিবৎ এবং বহুপ্রসব জন্য অনিয়-মিত ও খাঁচ বিশিষ্ট হইয়া থাকে।

জরায়ুর মুখ।—কুমারী ও অপ্রসূতিদিগের অল্পপ্রস্থ, ক্ষুদ্র, কখন কখন গোল; বহুপ্রসব জন্য বৃহৎ ও বিষম খাঁচ বিশিষ্ট; সুস্থাবস্থায় পরিষ্কার, নিয়মিত, সাধারণ বা ঔপদংশিক ক্ষত, প্রদাহ কিংবা মারাত্মক পীড়ায় ক্ষতযুক্ত, স্ফীত, কর্কশ, দানাময়, বক্র ও স্থূল হয়। বাহ্যমুখের সঙ্কোচন জন্য সামান্য শলাকা প্রবেশ করান কঠিন হয়, প্রসবান্তে অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন জন্য কখন কখন অঙ্গুলী প্রবেশোপযুক্ত উন্মীলিত থাকে। আর্ত্তবস্রাব, গর্ভস্রাব, প্রসব, ক্ষতসহ অঙ্গুলষবিদারণ, অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন ও ক্যানসার জন্য প্রসারিত থাকে। সৌত্রিক ও শ্লৈষ্মিক পলিপস্, বিনষ্ট ভ্রূণের কোন অংশ, সংযত শোণিত কিংবা জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ জরায়ু-

মুখে বহিরুন্মুখাবস্থায় থাকিতে পারে। সন্দেহ হইলে স্পেকুলম্ দ্বারা পরীক্ষা কর্তব্য।

যোনি-প্রাচীর।—অঙ্গুলী যোনির ছাদের দিকে লইয়া জরায়ু গ্রীবার পশ্চাৎ, উভয় পার্শ্ব এবং সম্মুখদিক পরীক্ষা করা আবশ্যক। পশ্চাদ্দিকে ডগলাস পাউচ মধ্যে অঙ্গুলী দ্বারা দেখিলে যদি সরলান্ত্র মধ্যে আবদ্ধ মল থাকে, তাহা নির্ণয় করা যায়। সঞ্চাপে টন্‌টনানী, বেদনা, আকৃতি, গঠন, জরায়ুর সহিত সংযোগবিহীনতার দ্বারা বিবর্দ্ধিত বা স্থানভ্রষ্ট অণ্ডাধার স্থির হয়। সুস্থ বা পশ্চাদ্বক্র জরায়ুর নিম্নে স্থান-ভ্রষ্ট অণ্ডাধার থাকে। পশ্চাদ্বক্র বা ন্যুব্জ জরায়ু স্থির করিতে হইলে দুই হস্তের পরীক্ষা আবশ্যক। স্বস্থানে জরায়ু আছে কি না, তাহা স্থির করিয়া সাউণ্ড প্রবেশ করাইতে হয়। তরল দ্রব্য সঞ্চয় বা প্রদাহ জন্য জরায়ুর সঞ্চলনশীলতা বিনষ্ট হয়। স্ফীতস্থান কঠিন, প্রদাহের ইতিবৃত্ত, তরুণ প্রদাহ হইলে হস্তে তরল পদার্থের গতি অনুভব করা যায়। তরল পদার্থ জরায়ুর বাহ্য আবরণ মধ্যে থাকিলে—অনুভবনীয় পদার্থ ঊর্দ্ধে, বস্তিগহ্বরমধ্যে স্থিত, যোনির সেই অংশ স্ফীত, দৃঢ় পদার্থ দ্বারা জরায়ু আবৃত, উদরগহ্বরে অনুভবনীয় ও বমন উপসর্গ সমন্বিত হয়; আর কৌষিক বিধান মধ্যে থাকিলে—স্ফীততা নিম্নাভিমুখ, অপেক্ষাকৃত নিম্নে স্থিত, বস্তিপ্রাচীরের সন্নিকটবর্ত্তী, জরায়ু-গ্রীবার নিম্নে স্থিত, এবং বমন উপসর্গবিহীন হয়। পরন্তু সম্মুখ, পশ্চাৎ, পার্শ্ব বা ব্রডলিগামেণ্টের স্তবকদ্বয়ের মধ্যে থাকিতে পারে।

সেলুলাইটিস হইতে হিম্যাটোসিল নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। আকস্মিকভাবে আর্ত্তবস্রাব-নিকটবর্ত্তী সময়ে অবসন্নতা, জরায়ু ও অর্ব্বুদ মধ্যে চাপবোধ, এবং ডগলাস পাউচ মধ্যে শোণিত সঞ্চিত হইয়া নিম্নাভিমুখ হয়। সৌত্রিক অর্ব্বুদ হইলে জরায়ুর সহিত সংযোগ, জরায়ু অনিয়মিত ও বর্দ্ধিত এবং শোণিতস্রাব হয়।

অণ্ডাধার বা ব্রডলিগামেণ্টের কোষার্ব্বুদ নির্ণয় জন্য আকৃতি, গঠন ও প্রকৃতি দেখা আবশ্যক। সঞ্চাপে বেদনা হয় না, বিবর্দ্ধিত অণ্ডাধার যেমন স্থানভ্রষ্ট হয়, কোষার্ব্বুদ তদ্রূপ হয় না। সরলান্ত্রের পরীক্ষায় পীড়া স্থির হয়। স্ফোটক—ইতিবৃত্ত ও পূয়সঞ্চার দ্বারা নির্ণয় হয়। উদরীর রস নিম্নে আসিতে পারে। জরায়ুর বহির্ভাগে গর্ভসঞ্চার, অস্থিবৃদ্ধি ও অন্যান্য পীড়া তাহাদিগের নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ দ্বারা স্থির করা আবশ্যক। গ্রীবার সম্মুখ দিকে স্ফীততা বর্ত্তমান থাকিলে জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশের ন্যুব্জতা বা বক্রতা, বস্তিগহ্বরের প্রদাহ জন্য তরল পদার্থ সঞ্চয়, হিমাটোসিল, জরায়ুর অগ্র প্রাচীরের সৌত্রিক অর্ব্বুদ, স্ফোটক এবং কদাচিৎ অণ্ডাধার বর্ত্তমান থাকিতে পারে। মূত্রাশয়মধ্যে পাথরী থাকিলে যোনির অগ্র প্রাচীর পরীক্ষায় স্থির হইতে পারে।

উভয় হস্ত দ্বারা পরীক্ষা (Bi-manual method)।

উভয় হস্ত দ্বারা বস্তিগহ্বরের পীড়াসমূহ নির্ণয় করা অপেক্ষাকৃত কঠিন অথচ তদ্রূপ পরীক্ষা ব্যতীত অনেক স্থলে রোগ নির্ণয় হয় না। তজ্জন্য এই প্রণালী বিশেষরূপে অভ্যাস করা উচিত। যোনি ও উদর, (Abdomino vaginal) যোনি ও সরলান্ত্র (Recto-vaginal) এবং সরলান্ত্র ও উদর (Recto-abdominal), এই তিন প্রণালীতে পরীক্ষা করার আবশ্যক হইতে পারে।

এবডোমিনো-ভেজাইন্যাল।—রোগিণীকে উত্তানভাবে স্থাপন করতঃ চিকিৎসক তাহার দক্ষিণ পার্শ্বে থাকিয়া অথবা অন্যরূপে পরীক্ষা করিবেন। এক হস্তের এক বা দুইটী অঙ্গুলী যোনিমধ্যে এবং অপর হস্তের অঙ্গুলী দ্বারা উদরগহ্বরের নিম্নাংশে সঞ্চাপ দ্বারা (১০ম চিত্র) বস্তিগহ্বর-স্থিত যন্ত্রাদির আয়তন, গঠন, অন্য যন্ত্রাদির সহিত সম্বন্ধ এবং অন্যান্য বিষয় অবগত হওয়া যায়। উদরপ্রাচীরে উত্তেজনা,

মেদ-সঞ্চয়, এবং পৈশিক কাঠিন্য থাকিলে পরীক্ষার বিঘ্ন উপস্থিত হয়। উভয় হস্ত দ্বারা সঞ্চাপ প্রয়োগ করা আবশ্যক। অভ্যন্তরস্থিত অঙ্গুলী জরায়ুগ্রীবার স্থাপন এবং সঞ্চালন দ্বারা আবদ্ধ ইত্যাদি; সম্মুখাংশে স্থাপন করতঃ তাহা গর্ভ জন্য সম্মুখাভিমুখ কি না, পশ্চাদংশে লইয়া যাইয়া তথাকার অর্ব্বুদাদি অস্বাভাবিকাবস্থা স্থির করিবে। অণ্ডাধার এবং অণ্ডবহা-নল পরীক্ষা করা আবশ্যক।

১০ম চিত্র। উভয় হস্তদ্বারা বস্তিগহ্বর-স্থিত যন্ত্রাদির পরীক্ষা-প্রণালী।

অণ্ডাধার।—গর্ভাবস্থায় বিবৃদ্ধি, প্রসবান্তে বস্তিগহ্বরের মধ্যে অবস্থান; দৃঢ় সংযোগ দ্বারা আবদ্ধ এবং স্থানচ্যুত হইয়া জরায়ুর সম্মুখ বা পশ্চাতে অবস্থান করিতে পারে।

এবডোমিনো-ভেজাইন্যাল প্রণালীতে জরায়ুর দেহ, অণ্ডাধার, মূত্রাশয় এবং ব্রডলিগামেণ্ট পরীক্ষার জন্য উভয় হস্ত ব্যবহার করিতে হয়। গর্ভ-সঞ্চার এবং সৌত্রিক অর্ব্বুদাদি জন্য জরায়ু বিবর্দ্ধিত হয়। গর্ভ-সঞ্চার জন্য জরায়ুর গ্রীবা ও দেহ কোমল, সঞ্চাপনে বেদনা-হীন, আর্ত্তব স্রাব বন্ধ হওয়ার পর নির্দ্দিষ্ট নিয়মে বর্দ্ধিত, সম্মুখাবনত, দেহ বিস্তৃত,

সমান এবং সঞ্চলনীয় হয়। জরায়ুর অভাব, অসম্পূর্ণ বর্দ্ধন, স্থানচ্যুত, আবদ্ধ, অর্ব্বুদসহ সম্বদ্ধ, এবং বিবৰ্দ্ধিত ইত্যাদি অবস্থা স্থির হয়।

রেক্টো-এবডোমিন্যাল।—যোনি হইতে অঙ্গুলী বহি সরলান্ত্রমধ্যে প্রবেশ করাইয়া অণ্ডাধার এবং জরায়ু পরীক্ষা করা আবশ্যক, সরলান্ত্রের প্রদাহ, বিদার, অর্ব্বুদ, মারাত্মক সঙ্কোচন ইত্যাদি; জরায়ুর অবস্থান, বক্রতা, সৌত্রিক অর্ব্বুদ, রেট্রো-হিমেটোসিল, ডগলাস পাউচ স্থিত অর্ব্বুদ, তরল পদার্থ সঞ্চয় প্রভৃতি পরীক্ষা করা আবশ্যক। পরীক্ষার সময়ে উদরের হস্তদ্বারা বস্তিগহ্বরাভিমুখে সঞ্চাপ দিতে হয়।

রেক্টো-ভেজাইন্যাল।—সরলান্ত্রে অঙ্গুলী রাখিয়া উদরোপরি-স্থিত অঙ্গুলী যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া অথবা একই হস্তের তর্জ্জনী যোনিমধ্য ও মধ্যমাঙ্গুলী সরলান্ত্রমধ্যে দিয়া পরীক্ষা করা যাইতে পারে। এই প্রণালীতে সরলান্ত্রের ও জরায়ুর মধ্যবর্ত্তী স্থানে অণ্ডাধারের আকৃতি ও অবস্থান এবং অন্তরূপ অর্ব্বুদ বা রস-সঞ্চয় ইত্যাদি পরীক্ষা করা যায়।

মূত্রাশয়।—উভয় হস্ত, ভেসাইকেল সাউণ্ড, মূত্রনালী প্রসারিত করার পর অঙ্গুলী এবং দর্শনদ্বারা পরীক্ষা করা হয়।

যোনিমধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া অপর হস্তের অঙ্গুলী দ্বারা তলপেটে চাপ দিয়া মূত্রাশয়মধ্যস্থ পাথরী, মূত্রনালীর এবং মূত্রাশয়ের প্রাচীরের প্রদাহ, ক্ষত, বিদারণ জন্য বেদনা ও স্থূলত্ব নির্ণয় হয়।

ভেসিকেল সাউণ্ড (Vesical sound)।—এবং হস্তদ্বারা ভিন্ন ভিন্ন প্রণালীতে পরীক্ষা করা যায়। ইউটিরাইন সাউণ্ড, লম্বা প্রোব বা তদ্রূপ শলাকা দ্বারাও পরীক্ষা হইতে পারে। মূত্রাশয়মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া সঞ্চাপে বেদনা থাকিলে প্রদাহ, বিশেষ শব্দে পাথরী, প্রাচীর সংলগ্নে সঞ্চালিত না হইলে তাহা কঠিন ও স্থূল, প্রায় পাঁচ ইঞ্চ

অপেক্ষা কম প্রবেশ করিলে প্রদাহ জন্য আয়তন হ্রাস, শোণিতস্রাব হইলে প্রদাহ, রক্তবাহিকা বর্দ্ধন, ক্ষত বা তরুণ কোন পীড়া সন্দেহ করা যাইতে পারে।

রেক্টো-ভেসাইকেল (Recto-vesical)।—সরলান্ত্রমধ্যে অঙ্গুলী ও মূত্রাশয়মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া জরায়ুর অবস্থান, আয়তন, উল্টান এবং অভাব স্থির করা যায়। জরায়ুগহ্বরে পলিপস্ বা তাহার সম্পূর্ণ উল্টান স্থির করা যায়।

উদরপ্রাচীর স্থূল, যোনির সঙ্কোচন বা অন্য কোনরূপ অসুবিধা জন্য অপর নিয়মে পরীক্ষা করিতে না পারিলে এইরূপে পরীক্ষা করা বিধি।

১১শ চিত্র। সরলান্ত্রে অঙ্গুলী এবং মূত্রাশয়মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া সম্পূর্ণ উল্টান জরায়ু পরীক্ষা।

মূত্রনালী-প্রসারণ (Dilatation of urethra)।—মূত্রনালী এবং মূত্রাশয়ের গ্রীবা প্রসারিত করতঃ জরায়ুর অগ্রপ্রদেশ ; যোনি ও মূত্রাশয়ের মধ্যস্থ প্রাচীরের অবস্থা ; জরায়ুর অবস্থান, অভাব ও অস্বাভাবিক অবস্থাদির নির্ণয় ও অশ্মরী, অর্ব্বুদ, বাহ্য বস্তু বহির্গত এবং প্রদাহ, বিদার প্রভৃতির চিকিৎসা করা যায়। ক্রমে প্রসারিত করিতে

হইলে ল্যামিনেরিয়া টেণ্ট, গ্রাজুয়েটেড বুজি ইত্যাদি এবং ক্রত প্রসারণ জন্ত ওয়েজ, হণ্ট প্রভৃতির ডাইলেটার কিম্বা রবারের সূচাগ্রবিশিষ্ট যন্ত্র আবশ্যক। উত্তানভাবে স্থাপন ও ক্লোরফরম দ্বারা অজ্ঞান করতঃ প্রথমে সরু বুজি আরম্ভ করিয়া ক্রমে বৃদ্ধি করিতে হইবে। মূত্রাশয় মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইতে পারিলেই যথেষ্ট হইল।

ভেসিকো-ভেজাইন্যাল্ (Vesico-vaginal)।—অর্থাৎ এক অঙ্গুলী মূত্রাশয় এবং অপর অঙ্গুলী যোনিমধ্যে স্থাপন পূর্ব্বক পরীক্ষা করিতে হয়। মূত্রনালী অত্যন্ত প্রসারিত হইলে মূত্রধারণ-ক্ষমতা বিনষ্ট, প্রদাহ ও চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী বিধান আহত হইতে পারে, কিন্তু সামান্ত প্রসারণে তাহা হয় না।

দর্শন (Visual examination) দ্বারা মূত্রাশয়ের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অবস্থা স্থির করা অত্যন্ত দুরূহ। সামান্ত ড্রেসিং ফরসেপস্ দ্বারা ক্রমে ক্রমে মূত্রনালী প্রসারিত করা যায়। এই উদ্দেশ্যে নানাবিধ স্পেকুলাম (Urethral speculum) ব্যবহৃত হয়। স্পেকুলামের অবস্থান পরিবর্ত্তন পূর্ব্বক এক এক স্থান দর্শন করিতে হয়। পরীক্ষার পূর্ব্বে ক্যাথিটার দ্বারা মূত্র বহির্গত করিয়া লওয়া কর্ত্তব্য।

ক্যাথিটার ব্যবহার।—অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে ও কোন স্থানচ্যুত যন্ত্রাদি বা অর্ব্বুদাদির সঙ্কাপে, কঠিন প্রসবান্তে, বিটপ-বিদারণে, মূত্র-নালীর ক্যারঙ্কলে, স্নায়বীয় পীড়ায়, এবং আঘাত কিংবা বাহ্য-বস্তু দ্বারা মূত্রাবরোধ উপস্থিত হইলে ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করাইতে হয়। স্ত্রীলোকের মূত্রাবরোধের অনেক কারণ বস্তির বহির্দ্দিকে বর্ত্তমান থাকে। পুরুষের ব্যবহার্য্য কোমল ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করানই সহজ। ক্যাথি-টার আবশ্যক মত উষ্ণ তৈল মণ্ডিত ও শলাকা পরিত্যাগ পূর্ব্বক বাম হস্তে ধরিয়া দক্ষিণ হস্ত রোগিণীর কাপড়ের মধ্যে উরুর নিম্ন দিয়া লইয়া তর্জ্জনী যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া সম্মুখ ও উর্দ্ধদিকে পিউবিস অস্থির

ফিস্কালের অভিমুখে ধীরে ধীরে চালিত করিলে মূত্রনালীর মুখ অনুভব করা যায়। কখন কখন শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ভাঁজসহ ঐ নালীর ভ্রম হয়, কিন্তু সঞ্চাপ দিলে উক্ত ভাঁজ বিলুপ্ত হয় অথচ মূত্রনালীর মুখ আরও স্পষ্ট অনুভব করা যায়। অতঃপর বাম হস্ত উরুর উপর দিয়া লইয়া ক্যাথিটারের প্রান্ত দক্ষিণ তর্জ্জনীর সম্মুখ অগ্রে স্থাপন করতঃ ইতস্ততঃ অল্প অনুসন্ধান করিলে মূত্রনালীর মুখ স্থির হইবে। তৎপর বৃদ্ধাঙ্গুলীর সাহায্যে ক্যাথিটার মূত্রনালীমধ্যে প্রবেশ করাইবে।

এই প্রণালীতে ক্যাথিটার প্রবেশ করাইলে রোগিণীকে উলঙ্গ করিতে হয় না। কিন্তু স্থানিক বিধান শিথিল, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বর্দ্ধিত, সগর্ভ পশ্চাৎ বক্র জরায়ুসহ মূত্রনালীর উর্দ্ধে গমন, মূত্রনালীর মুখ অর্ব্বুদাদি দ্বারা স্থানভ্রষ্ট, ও স্ফীত, বেদনাযুক্ত মূত্রনালীতে সহজে ক্যাথিটার প্রবেশ করান যায় না। কখন বা যোনিমধ্যে প্রবেশ করে। তদ্রূপ স্থলে রোগিণীকে অনর্থক বিরক্ত না করিয়া দেখিয়া ক্যাথিটার প্রবেশ করানই বিধেয়। মূত্রনালীর মুখ স্থির করিতে পারিলে শলাকা প্রবেশ করান তত কঠিন নহে। ক্লাইটোরিসের প্রায় এক ইঞ্চ নিম্নে মধ্যরেখায় মূত্রনালীর মুখ অবস্থিত। ইহা ঈষৎ উচ্চ ও কুঞ্চিত। কিরূপে এই স্থান স্থির করিতে হয় তাহা পূর্ব্বে উল্লিখিত হইয়াছে। ক্যাথিটারের বাহ্য মুখে রবারের দীর্ঘ নল সংলগ্ন করিয়া লইলে মূত্রদ্বারা শয্যা আর্দ্র হইতে পারে না। যোনিদ্বারের সন্নিকটে কোনরূপ অস্ত্রোপ-চার অথবা অন্য কারণে পুনঃ পুনঃ ক্যাথিটার প্রবিষ্ট করান অপেক্ষা একবার ক্যাথিটার প্রবেশ করাইয়া তাহা তদবস্থাতেই রাখিয়া দেওয়া ভাল। এই উদ্দেশ্যে আপনা হইতে আবদ্ধ থাকে এমত ক্যাথিটার প্রস্তুত হইয়াছে। কিন্তু এইরূপে ক্যাথিটার রাখিয়া দিলে অনিষ্ট হইতে পারে।

যে কোন অবস্থায় শয়ান করাইয়া ক্যাথিটার প্রবেশ করান যায়।

ক্যাথিটারের পরিবর্ত্তে সামান্য নল দ্বারাও কার্য্য হইতে পারে। ক্যাথিটার প্রবিষ্ট করানের পূর্ব্বে এবং পরে উক্ত পচননিবারক জল (৫০+১ কার্ব্বলিক্ এসিড) দ্বারা পরিষ্কার করা কর্ত্তব্য। অপরিষ্কার ক্যাথিটার ব্যবহার করিলে প্রদাহ হওয়ার আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে; ক্যাথিটার মূত্রাশয়ে প্রবিষ্ট হইল কি না, মূত্র নির্গত হওয়াই তাহার প্রমাণ।

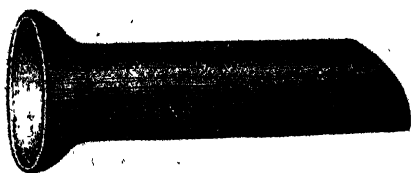
১২শ চিত্র। সিমসের ক্যাথিটার।

১৩শ চিত্র। সেলফ্ রিটেইনিং অর্থাৎ আপনা হইতে আবদ্ধ থাকার উপযুক্ত ক্যাথিটার।

ভেজাইন্যাল স্পেকুলাম অর্থাৎ যোনিবীক্ষণ যন্ত্র।—ইহা যোনি ও জরায়ুর অপ্রবল ও পুরাতন প্রদাহজ পীড়া, ক্ষত, বিদার প্রভৃতির অবস্থা এবং তথায় ঔষধ ও অস্ত্রোপচার জন্য আবশ্যক। অর্ব্বুদ, জরায়ুর বিবৃদ্ধি, বা বস্তি-গহ্বরের স্ফীততা নির্ণয় জন্য কদাচিৎ আবশ্যক হয়। বিশেষ আবশ্যক ব্যতীত কুমারীদিগের রোগ নির্ণয় জন্য ব্যবহার করা নিষিদ্ধ। যোনির সঙ্কোচন, অবিচ্ছিন্নসতীচ্ছদ, প্রবল প্রদাহ, চৈতন্যাধিক্য এবং মারাত্মক পীড়ায় বিশেষ বিবেচনা পূর্ব্বক স্পেকুলাম ব্যবহার্য্য।

বিস্তর বিভিন্ন আকৃতি বিশিষ্ট স্পেকুলাম ব্যবহৃত হয়। তন্মধ্যে নল বা চোঙ্গার ন্যায় (Tubular or cylindrical), বহুফলক ও কুব্জ (Valve), হংসচঞ্চু (Duok bill) এবং ইহাদিগের রূপান্তর অন্য

স্পেকুলাম প্রসিদ্ধ। উহাদিগের প্রত্যেকেরই বিশেষ গুণ এবং দোষ আছে।

টিউবিউলার।—নলের ন্যায় স্পেকুলাম—কাচ, ধাতু বা সেলুলইড দ্বারা নির্ম্মিত। কাচ নির্ম্মিত স্পেকুলামের অভ্যন্তরে গিল্টী, বহির্দ্দেশ ভলকেনাইট দ্বারা আবৃত। এতদ্ব্যবহারে যোনির অভ্যন্তর উজ্জ্বল আলোকিত হয়। কিন্তু সহজে ভগ্ন ও অনেক দিবস ব্যবহারে প্রলেপ নষ্ট হইয়া যায়। ধাতু-নির্ম্মিত স্পেকুলাম দীর্ঘকালস্থায়ী কিন্তু সহজে অপরিষ্কার হয়। সেলুলইড অত্যন্ত পাতলা, সহজে ভগ্ন হয় না, কিন্তু উত্তাপ সংলগ্নে আকারের পরিবর্ত্তন হয়, ধার অত্যন্ত তীক্ষ্ণ। এই শ্রেণীর স্পেকুলাম ছোট বড় ৩।৪টীতে এক প্রস্থ থাকে। বার্ণেস, ফার্গুশন্ (১৪শ চিত্র), ডেভিস এবং ম্যাকনাটোনজোন্স স্পেকুলাম্ অধিক প্রসিদ্ধ। যে অন্ত যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইতে হয় তাহার এক পার্শ্ব অপেক্ষাকৃত দীর্ঘ। জরায়ুর মুখ ও গ্রীবা এবং তৎসন্নিকটবর্ত্তী স্থান সমূহের অবস্থা উত্তমরূপে দর্শন ও ঔষধ প্রয়োগ জন্য এই স্পেকুলাম উত্তম। সহজে প্রবেশ করান হয়। কোন সাহায্যকারীর আবশ্যক হয় না।

১৪শ চিত্র।- ফার্গুশন্ স্পেকুলাম।

স্পেকুলাম তৈল-মণ্ডিত করিয়া লইবে। বাম হস্তের তর্জ্জনী ও অঙ্গুষ্ঠ দ্বারা যোনির উভয় পার্শ্বের ওষ্ঠদ্বয় পৃথক করিয়া দক্ষিণ হস্ত দ্বারা স্পেকুলাম ধরিয়া স্পেকুলামের প্রাচীরের যে দিক অপেক্ষাকৃত ছোট বৃহৎ মুখের সেই দিকে তর্জ্জনী অঙ্গুলী স্থাপন করিয়া অপর মুখের

বর্দ্ধিত অংশ যোনিমধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া অভ্যন্তরে প্রবেশ করাইতে থাকিবে। প্রবিষ্ট করানের সময়ে এদিক ওদিক ঘুরাইয়া স্পেকুলামের দীর্ঘ প্রাচীর যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের সহিত সংলিপ্ত করিয়া প্রবেশ করাইবে; এইরূপে যোনির গতি অনুযায়ী ক্রমে ক্রমে জরায়ু-গ্রীবা দৃষ্টিপথে না আইসা পর্য্যন্ত প্রবেশ করাইবে। প্রবেশ করানের সময়ে সতর্ক থাকিতে হইবে যে, স্পেকুলামের দীর্ঘাগ্র যেন যোনির পশ্চাৎ-প্রাচীর সহ ও ক্ষুদ্রাগ্র সম্মুখ প্রাচীরের দিকে গমন করিয়া যোনির ছাদের সহিত যাইয়া সংলগ্ন হয়।

এই ভাবে চালিত করিলেই জরায়ুগ্রীবা স্পেকুলাম মধ্যে উপস্থিত হইবে; স্পেকুলামের যে অংশ দীর্ঘ, তাহা গ্রীবার পশ্চাদংশে প্রবিষ্ট হইবে। প্রবেশ সময়ে কোনরূপ ভুল ভ্রান্তি উপস্থিত না হয়, তজ্জন্য স্পেকুলামের বহির্মুখের সন্নিকটে প্রস্তুতকারকের নাম কিংবা অপর কোন চিহ্ন থাকিলে তাহা দীর্ঘ দিকে কি খর্ব্ব দিকে আছে, তাহা পূর্ব্বে নির্ণয় করিয়া রাখিলে ভ্রম সংশোধন হইতে পারে। স্পেকুলাম সবেগে অধিক অভ্যন্তরে প্রবেশ করাইবে না।

জরায়ু-গ্রীবা স্পেকুলাম মধ্যে উপস্থিত হইলে তথাকার স্রাবের অবস্থা পর্য্যবেক্ষণ করিতে হইবে। স্রাব তুলী দ্বারা মুছিয়া বহির্গত করা কর্ত্তব্য। স্রাব চটচটে এবং সংলগ্ন হইয়া থাকিলে স্পেকুলাম ফরসেপ্স (নং ১৪ চিত্র) দ্বারা বহির্গত করিতে হয়। এই

১৪শ চিত্র। আবারনেথির স্পেকুলাম ফরসেপ্স।

ভাবে যোনির ছাদ, জরায়ু-গ্রীবা ও মুখ পরিষ্কার করিতে হয়, স্পেকুলাম দ্বারা সঞ্চাপ দিলেও স্রাব বহির্গত হয়, তাহা পরিষ্কার করিয়া স্থানিক অবস্থা পরীক্ষা করা আবশ্যক।

জরায়ু-গ্রীবা সহজে স্পেকুলাম মধ্যে প্রবিষ্ট না হইলে স্পেকুলাম অল্প বহির্গত করিয়া পুনর্ব্বার প্রবিষ্ট করিবে। প্রবেশ করানের সময় আশে পাশে অল্প অল্প ঘুরাইলে উদ্দেশ্য সিদ্ধ হয়। জরায়ু সম্মুখে বা পশ্চাদ্দিকে বক্র হইয়া থাকিলে এইরূপ অসুবিধা উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। ইহাতে অকৃতকার্য্য হইলে জরায়ুতে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া জরায়ু গ্রীবা স্পেকুলাম মধ্যে আনিতে হয়।

বাইভালভ (Bivalve)। অর্থাৎ দ্বিফলকবিশিষ্ট স্পেকুলাম যথেষ্ট ব্যবহৃত হয়। কেহ কেহ তিন বা চারি ফলক বিশিষ্ট স্পেকুলাম ব্যবহার করেন। ইহার বিশেষ সুবিধা এই যে, যোনি-প্রাচীর উত্তমরূপে দেখা এবং প্রদাহযুক্ত ও সংকীর্ণ যোনিতে সহজে প্রবেশ করান যায়। প্রবেশ করাইয়া ক্রমে ক্রমে প্রসারিত করিলে যোনিপ্রাচীরের অবস্থা দেখা সুবিধাজনক, কিন্তু ফলকমধ্যদিয়া যোনিপ্রাচীর বহির্গত হওয়ায় অসুবিধা এবং স্থানিক রক্তাধিক্য উপস্থিত হয়।

ফেনেষ্ট্রেটেড (Fenestrated) অর্থাৎ চির বা ফাঁকযুক্ত ফলক বিশিষ্ট স্পেকুলাম দ্বারা উত্তমরূপে দেখা যায়।

ফলক বিশিষ্ট স্পেকুলাম বহু প্রকৃতি বিশিষ্ট, তন্মধ্যে কাস্কোর স্কু এবং রবার্ট বারণের দুই ফলক স্পেকুলাম উৎকৃষ্ট।

ডক্‌বিল বা সিমস্‌।—এই স্পেকুলাম দ্বারা যোনি এবং জরায়ু-গ্রীবা উভয়ই উত্তমরূপে দেখা যায়। প্রশস্ত ফলক, নাতিদীর্ঘ, কিনারা সরল হইলেই ভাল হয়।

এই স্পেকুলামের অসুবিধা এই যে, অভ্যাস না থাকিলে সহজে জরায়ু-গ্রীবা দেখা যায় না। ব্যবহার সময়ে অপরের সহায়তা প্রাপ্ত হইলে

ভাল হয়। প্রবিষ্ট করানের সময়ে বিটপদেশে আঘাত লাগিতে পারে। যোনিমধ্যে ঘুরাণ যায় না এবং যোনির অগ্র-প্রাচীর-অভ্যন্তরের অবস্থা দর্শনে বিঘ্ন উপস্থিত করে। কিন্তু স্পেচুলা বা অঙ্গুলী দ্বারা ঐ প্রাচীর ঠেলিয়া রাখিলে এই অসুবিধা দূর হয়।

১৬শ চিত্র। সিমস্ ডব্‌বিল স্পেকুলাম।

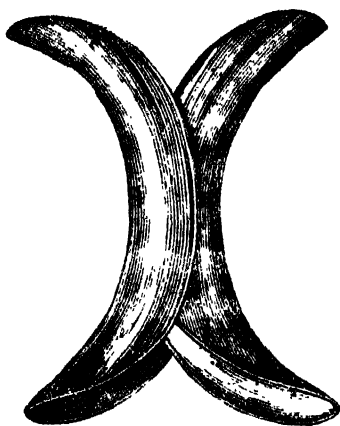
পার্শ্ব বা উত্তানভাবে শয়ান করাইয়া স্পেকুলাম প্রবেশ করাইতে হয়। শীর্ষ অপেক্ষা নিতম্বদেশ উচ্চে থাকিলে যোনি অধিক প্রসারিত হয়। সহকারিণী পশ্চাদ্ভাগে থাকিলে তিনি তর্জ্জনী ও অঙ্গুষ্ঠের সাহায্যে যোনির দক্ষিণ পার্শ্বের ওষ্ঠ উত্তোলিত করিবেন। চিকিৎসক স্বয়ং বাম হস্ত দ্বারা ঐ কার্য্য করিতে পারেন। স্পেকুলাম স্বাভাবিক উষ্ণ ও তৈল-মণ্ডিত করিয়া দক্ষিণ হস্তের তর্জ্জনী ও অঙ্গুষ্ঠ দ্বারা ধারণ করিয়া যোনি-মুখের নিকট লইয়া যাইবেন। তৎপর স্পেকুলামের গোল অন্ত যোনির মধ্যে এরূপ ভাবে সংস্থাপন করিবেন যে, তাহার ফলকের ন্যুব্জদিক যোনির অগ্র প্রাচীরের অভিমুখে এবং কুব্জ দিক যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের সহিত সংলগ্ন থাকে। তৎপর যন্ত্রের বক্রাংশে ঈষৎ তির্য্যক্‌ভাবে পশ্চাদূর্দ্ধদিকে সঞ্চাপ দিলেই যোনিমধ্যে প্রবেশ করিবে। এবং অন্য হস্তের অঙ্গুলী দ্বারা যোনির অগ্র-প্রাচীর পৃথক্ করিলে জরায়ু-মুখ দেখা যাইবে। অন্য সাহায্যকারী উপস্থিত

থাকিলে তাঁহাকে এই অবস্থায় বিটপের সহিত চাপিয়া ধরিয়া থাকিতে বলিয়া গ্রীবার অবস্থা পরীক্ষা করিবে। গ্রীবা অপেক্ষাকৃত নিম্নে থাকিলেই দেখা যায়, নতুবা টেন্যাকিউলম বা ইউটিরাইন হুক দ্বারা বিদ্ধ ও আকর্ষণ পূর্ব্বক নিম্নে আনয়ন করতঃ পরীক্ষা বা ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়।

নিউগেবারস্ (Neugebaur's) স্পেকুলম্ অধিক ব্যবহৃত হয়। মিশ্র প্রণালীতে যে সমস্ত স্পেকুলম প্রস্তুত হইয়াছে, তন্মধ্যে ইহাই উত্তম। ইহা চন্দ্রকলাকারে (Crescent) বক্র দুইখানি ফলক। দুই খণ্ড প্রবেশ করাইয়া একত্র করিলে দুই অন্ত বিস্তৃত নলাকার স্পেকুলমের আকার ধারণ করিয়া (১৭শ চিত্র) আপনা হইতেই স্থির থাকে। যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের দিকে যে খণ্ড প্রবেশ করাইতে হয় তাহাতে খাঁচ আছে, এই খাঁচ মধ্যে সম্মুখ প্রাচীরের ফলক প্রবেশ করাইতে হয়। এতদ্দারা উত্তমরূপে দেখা এবং যথেষ্ট স্থান পাওয়া যায়।

বাথ-স্পেকুলম (Bath Speculum) ধাতব তার স্পেকুলমের গঠনে বক্র করিয়া প্রস্তুত। যোনি এবং জরায়ু-গ্রীবায় কোন ঔষধ ধৌতরূপে প্রয়োগ করিতে হইলে এই স্পেকুলম ব্যবহার করা সুবিধাজনক।

স্পেকুলম ব্যবহার করার পূর্ব্বে ও পরে তাহা উষ্ণ ও পচননিবারক জলদ্বারা উত্তমরূপে ধৌত এবং কোন স্থানে ময়লা ইত্যাদি থাকিলে তাহা পরিষ্কার করা বিশেষ কর্ত্তব্য। নতুবা সংক্রামক পীড়া পরিচালিত হইতে পারে। প্রত্যেক স্পেকুলমই অতি ধীরে ধীরে প্রবেশ করাইবে এবং যোনিদ্বারে যন্ত্রণা উপস্থিত হইলে সান্ত্বনা এবং অভয় প্রদান করিবে। বিশেষ আবশ্যক না হইলে কখন স্পেকুলম ব্যবহার করিবে না। ব্যবহারের অব্যবহিত পূর্ব্বে স্বাভাবিক উষ্ণ করিয়া তৈল বা তদ্রূপ পদার্থ মাখাইয়া লইবে।

ইউটিরাইন সাউণ্ড (Uterine sound)।—এক প্রকার ধাতব শলাকা। যে অন্ত জরায়ুমধ্যে প্রবেশ করাইতে হয় তাহা গোল। এই গোল অন্ত হইতে আড়াই ইঞ্চ ব্যবধানে একটী গাঁইট আছে; উহাই জরায়ু গহ্বরের স্বাভাবিক দৈর্ঘ্য-পরিমাণ। এই অংশ ঈষৎ ধনুকাকারে বক্র, তৎপরে সরলভাবে যাইয়া মুষ্টিতে শেষ হইয়াছে। (১৯শ চিত্র)। অন্ত হইতে এক এক ইঞ্চ ব্যবধানে অঙ্ক দ্বারা চিহ্নিত। সাধারণ দৈর্ঘ্য ৮।৯ ইঞ্চ।

১৭শ চিত্র। নিউগেবারের স্পেকুলম।

নানা রকম সাউণ্ড প্রচলিত আছে, তন্মধ্যে সিমসনের সাউণ্ড অধিক ব্যবহৃত হয়। ইহা দ্বারা সকল উদ্দেশ্য সফল হইতে পারে। মধ্যস্থলে বিভক্ত ও স্ক্রু দ্বারা সংলগ্ন, এবং মুষ্টির দিকে কিউরেটযুক্ত সাউণ্ড ব্যবহারের পক্ষে সুবিধাজনক। কোন কোন সাউণ্ড ক্যাথিটারের ন্যায় ছিদ্রবিশিষ্ট, তদ্দ্বারা জরায়ু-গহ্বরের রসাদি সহজে বহির্গত হইতে পারে।

জরায়ুগহ্বরের দৈর্ঘ্য, বিস্তার-পরিমাণ, গ্রীবার বিস্তার, জরায়ুর

১৮শ চিত্র। ওলিভিয়ারের ইরিগেটিং সাউণ্ড। এতন্মধ্য দিয়া তরল পদার্থ বহির্গত হইতে পারে।

সঞ্চলনশীলতা, অবস্থান, জরায়ুসহ সরলান্ত্র ও মূত্রাশয়ের পীড়ার সংস্রব;—পলিপস, অর্ব্বুদ, বক্রভাব, স্থানভ্রংশ প্রভৃতি রোগ নির্ণয় এবং স্থানচ্যুত বা বক্র জরায়ু স্বভাবস্থ করার জন্য পেশারী প্রবেশ করাইবার পূর্ব্বে সাউণ্ড প্রবেশ করান প্রভৃতি চিকিৎসা;—এই উভয় উদ্দেশ্যে সাউণ্ড ব্যবহৃত হয়।

১৯শ চিত্র। সিমসনের সাউণ্ড। উৎকৃষ্ট সাউণ্ড কোমল নমনীয় ধাতুতে নির্ম্মিত, পরিষ্কার এবং উত্তম পালিশ বিশিষ্ট।

অন্তঃস্বত্বাবস্থা, জরায়ুর মারাত্মক পীড়া, তরুণ প্রদাহ, ও আর্ত্তব-স্রাবাবস্থায় সাউণ্ড প্রবেশ করান বিপদজনক। উভয় হস্তের পরীক্ষার পর আবশ্যক হইলে তৎপর সাউণ্ড প্রবেশ করান বিধি।

স্বাভাবিক অবস্থায় জরায়ু-গ্রীবায় সহজে সাউণ্ড প্রবিষ্ট হয় কিন্তু ছিদ্র আজন্ম সংকীর্ণ, পলিপস দ্বারা অবরুদ্ধ এবং বাহ্য ও অভ্যন্তর মুখের সঙ্কোচন থাকিলে সহজে প্রবেশ করান যায় না। পলিপস, সৌত্রিক অর্ব্বুদ, অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, অভ্যন্তর প্রদাহ ও গর্ভাবস্থায় জরায়ুর আয়তন বৃদ্ধি এবং অত্যধিক সঙ্কোচন, অসম্পূর্ণ

পরিবর্দ্ধন ও বার্দ্ধক্যজনিত ক্ষয় জন্য খর্ব্ব হয়।" সাউণ্ড দ্বারা তাহা নির্ণয় হইতে পারে। স্বাভাবিক জরায়ু সম্মুখে ঈষৎ নত কিন্তু যে কোন পার্শ্বে স্থানভ্রষ্ট বা নত হইলে উহার পরিবর্ত্তন হয়। তদ্রূপ অবস্থায় সুকৌশলে সাউণ্ড প্রবেশ করাইতে হয়। জরায়ু সুস্থাবস্থায় সকল পার্শ্বেই সঞ্চালিত হইতে পারে। কিন্তু প্রদাহ ইত্যাদি কারণে আবদ্ধ থাকিলে সঞ্চালিত হয় না। স্বাভাবিক অবস্থায় সাউণ্ড প্রবেশ করাইলে শোণিতস্রাব হয় না। কিন্তু সাউণ্ড প্রবেশ করানর পর যদি শোণিত নিঃসৃত হয়, তবে প্রদাহ, পলিপস্, ক্যানসার বা ক্ষত ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা।

রোগিণীকে যে কোন অবস্থায় শয়ান ভাবে সাউণ্ড প্রবেশ করান যায়। দক্ষিণ হস্তের তর্জ্জনী ও মধ্যমাঙ্গুলী যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া নখ দ্বারা মুখের সম্মুখ ওষ্ঠ স্পর্শ করিয়া থাকিবে। এই সময়ে অঙ্গুলীর সম্মুখ সেক্রমের এবং পশ্চাৎ পিউবিসের অভিমুখে থাকা আবশ্যক। বামহস্ত দ্বারা সাউণ্ড ধরিয়া এরূপভাবে যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইবে যে তাহার কুব্জদিক্ পিউবিসের এবং ন্যুব্জদিক্ সেক্রমের দিকে থাকে। এই ভাবে সাউণ্ড চালাইয়া তর্জ্জনীর সাহায্যে জরায়ু-মুখমধ্যে প্রবেশ করাইবে। (২০শ চিত্র) এই সময়ে সাউণ্ডের গতি তর্জ্জনীর সম্মুখ প্রদেশের গতি অনুযায়ী হওয়া উচিত। তৎপর জরায়ুমুখ যদি সম্মুখ ও নিম্নাভিমুখে থাকে, তবে এই ভাবেই ধীরে ধীরে অভ্যন্তরে চালিত করিবে (২১শ চিত্র); কিন্তু যদি স্বাভাবিক অর্থাৎ নিম্ন ও পশ্চাৎমুখ থাকে তবে এইভাবে এক ইঞ্চ মাত্র গ্রীবার অভ্যন্তরে প্রবেশ করাইয়া তৎপর এরূপভাবে সাউণ্ড ঘুরাইবে যে, তাহার ন্যুব্জ প্রদেশ সম্মুখ এবং কুব্জ প্রদেশ পশ্চাৎ অর্থাৎ সেক্রমের দিকে পরিবর্ত্তিত হয়। এই সময়ে সাউণ্ড ঘুরাইতে একটু কৌশলের প্রয়োজন,—সাউণ্ডের মুষ্টি তাহার নিম্ন হইতে পার্শ্বদিয়া উর্দ্ধাভিমুখে যথাসম্ভব ক্ষুদ্র অর্দ্ধ চক্রে ঘুরিয়া আইসে,

অথচ গ্রীবার মধ্যস্থিত অস্ত্র একই স্থানে স্থির থাকিয়া কেবল পার্শ্ব-পরিবর্ত্তন করে মাত্র। মুষ্টি স্থির রাখিয়া অভ্যন্তরে ঘুরাইলে জরায়ুতে আঘাত লাগার সম্ভাবনা। সাউণ্ড ঘুরিয়া আসিলে পর গহ্বরের গতি

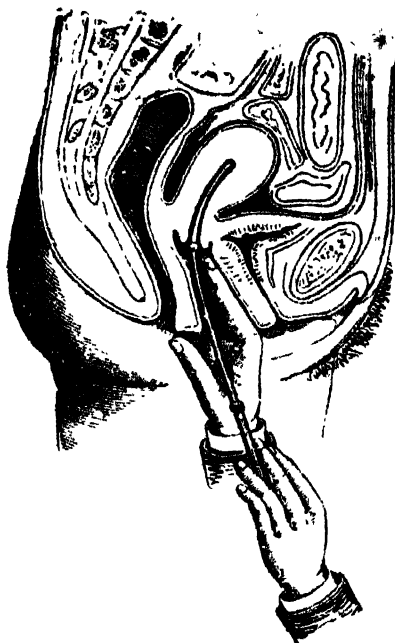
২০শ চিত্র। সাউণ্ড প্রবেশ করানর প্রথমাবস্থা।

অনুযায়ী ধীরে ধীরে ঊর্দ্ধদিকে চালিত করিলেই জরায়ুগহ্বরে ঊর্দ্ধাংশ পর্য্যন্ত সাউণ্ড প্রবেশ করিবে। (২২শ চিত্র)। সাউণ্ড প্রবেশ করার পর তর্জ্জনী দ্বারা সাউণ্ডের গাঁইট অনুসন্ধান করিয়া দেখিতে হইবে যে,

তাহা কতদূর প্রবেশ করিয়াছে। সাউণ্ড জরায়ুগহ্বরে থাকা সত্ত্বেই উভয় হস্তদ্বারা পরীক্ষা করিয়া জরায়ুর আয়তন স্থির করা উচিত। বিশেষ সতর্কভাবে এই পরীক্ষা আবশ্যক।

২১শ চিত্র। পশ্চাৎ বক্র জরায়ু-গহ্বরে সাউণ্ড প্রবেশ করানর প্রণালী।

বাহ্য মুখ সঙ্কীর্ণ বিধায় যদি জরায়ুমধ্যে সাউণ্ড প্রবেশের বিঘ্ন উপস্থিত হয় তবে তত্রস্থ তর্জ্জনী অঙ্গুলী দ্বারা অগ্র-ওষ্ঠ চাপিয়া রাখিয়া সাউণ্ডের মুষ্টি নত ও অঙ্গুলীর প্রান্তভাগের গতি অনুযায়ী সাউণ্ড প্রবেশ করাইলেই সহজে প্রবিষ্ট হয়। পরন্তু তাহাতে অকৃতকার্য্য হইলে স্পেকুলমের সাহায্যে চক্ষে দেখিয়া সাউণ্ড প্রবেশ করাইবে। আবশ্যক হইলে ভলসেলার সাহায্য লওয়া কর্ত্তব্য। মুখ অত্যন্ত সঙ্কীর্ণ হইলে প্রথমে সরু সাউণ্ড প্রবেশ করান উচিত। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ভাঁজ

মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করিলে অঙ্গুলীর সাহায্যে ঐ বিঘ্ন দূর করা যাইতে পারে। অগ্র বা পশ্চাৎ বক্রতা বর্ত্তমান থাকিলে সাউণ্ড প্রবেশ করান কষ্টকর। এরূপ স্থলে বক্রতানুসারে গ্রীবার অগ্র বা

২২শ চিত্র। সাউণ্ড করানের দ্বিতীয় অবস্থা।

পশ্চাদ্দিকে দুইটী অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া বক্রতার বিপরীতদিকে ঠেলিয়া দিবে এবং সেই সময়েই সাউণ্ড প্রবেশ করাইতে চেষ্টা করিবে। কয়েকবার চেষ্টা করিয়া অকৃতকার্য্য হইলে কয়েক দিবস পর পুনর্ব্বার চেষ্টা করিবে। সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া ঘুরাইয়া ও তৎসহ অঙ্গুলীর সঞ্চাপ দিয়া জরায়ু অস্বাভাবিক অবস্থান হইতে

স্বাভাবিক অবস্থানে আনয়ন করা যায়, কিন্তু তাহা স্থায়ী হয় না। স্থায়ী করার জন্য পেশারী ব্যবহার আবশ্যক। সাউণ্ড প্রবেশ করানর ফলে জরায়ু ও অণ্ডাশয়ের প্রদাহ, জরায়ু-প্রাচীরে ছিদ্র এবং শোণিতস্রাব হইতে পারে।

সাউণ্ড প্রবিষ্ট হওয়ার সময়ে বাধা প্রাপ্ত হইলে কখনই বল প্রয়োগ করিবে না।

বাধা প্রাপ্ত হইলে সাউণ্ড বহির্গত করতঃ পুনর্ব্বার প্রবেশ করানর চেষ্টা এবং তাহাতে অকৃতকার্য্য হইলে নমনীয় রৌপ্যশলাকা ভিন্ন ভিন্ন রূপে বক্র করিয়া প্রবেশ করাইতে চেষ্টা করিবে।

ইউটিরো-এবডোমিনাল্ (Utero-abdominal) অর্থাৎ জরায়ু-গহ্বরে সাউণ্ড এবং নিম্নোদরে হস্ত দ্বারা পরীক্ষা করিয়া প্রথমে জরায়ুর সঞ্চলনশীলতা, উত্তেজনা, দৈর্ঘ্য প্রভৃতি স্থির করিয়া তৎপর অর্ব্বুদাদির সহিত জরায়ুর সম্বন্ধ এবং অপর অবস্থা স্থির করা আবশ্যক।

ইউটিরো-রেক্টাল (Utero-rectal) পরীক্ষার সময়ে সাউণ্ড জরায়ুগহ্বরে থাকা সত্ত্বেই সরলান্ত্রমধ্যে অঙ্গুলী দিয়া জরায়ুর পশ্চাৎ প্রাচীর পরীক্ষা করতঃ তত্রস্থ সংযোগ, অর্ব্বুদ, জরায়ুর পশ্চাৎবক্রতা বা ন্যুব্জতার পরিমাণ, এবং সঞ্চলনশীলতাদি স্থির করা যায়।

টেণ্ট (Tent) অর্থাৎ ইটিরাইন ডাইলেটার।—ইহা আর্দ্রতা শোষণ করতঃ স্ফীত হইয়া জরায়ু-গ্রীবা প্রসারিত করে। তজ্জন্য রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসা উভয় উদ্দেশ্যেই ব্যবহৃত হয়। জরায়ুগহ্বরে পলিপস্, সৌত্রিক অর্ব্বুদ, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অস্বাভাবিক অবস্থা, ক্যানসার, ফুলের কোন অংশ আবদ্ধ থাকা, জরায়ু-গহ্বর হইতে শোণিত ও দুর্গন্ধ স্রাব প্রভৃতির প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় এবং হাইডেটিড্, ফুল ও পলিপস

প্রভৃতি বহির্গত করা, সঙ্কীর্ণ জরায়ু-গ্রীবা প্রসারণ, ক্যান্সারাক্রান্ত বিধান চাঁচিয়া বহির্গত করা, বক্রতা সরল করা, জরায়ু-গহ্বরে ঔষধ প্রয়োগ, বালক ও বন্ধ্যাত্ব প্রভৃতির চিকিৎসার জন্য টেণ্ট্ ব্যবহৃত হয়।

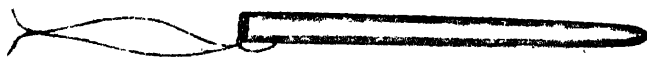
সাধারণ টেণ্ট তিন প্রকার,—স্পঞ্জ (Sponge), টাঙ্গল (Tangle) টাপেলো (Tupelo)। প্রত্যেক টেণ্টে সূত্র সংলগ্ন থাকে। নানারূপ স্থূল। অন্ততঃ দুই ইঞ্চ দীর্ঘ হওয়া আবশ্যক, নতুবা গ্রীবার অভ্যন্তর মুখ পর্য্যন্ত যাইতে পারে না। সংলগ্ন সূত্র সমস্ত দৈর্ঘ্য পর্য্যন্ত থাকা প্রয়োজন, নতুবা বহির্গত করার সময়ে ভগ্ন হইয়া বহির্গত হইবার আশঙ্কা।

স্পঞ্জ টেণ্ট (২৩শ চিত্র) স্পঞ্জ দ্বারা প্রস্তুত। এই টেণ্ট প্রয়োগ করিলে সত্বরে প্রসারিত হয় এবং দুর্ব্বল জরায়ুতে তৎক্ষণাৎ কার্য্য করে, তজ্জন্য প্রসব সময়ে আবশ্যক হইলে উপকারী কিন্তু দূষিত পদার্থ শীঘ্র সংক্রমিত ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি সহ দৃঢ় আবদ্ধ হওয়ার সম্ভাবনা। পরন্তু ক্ষত থাকিলেও ইহা অব্যবহার্য্য।

টাঙ্গল্ বা সিটাঙ্গল টেণ্ট (২৪শ চিত্র) ল্যামিনেরিয়া ডিজিটেটা কাষ্ঠ দ্বারা প্রস্তুত, কোন কোনটীর অভ্যন্তরে ছিদ্র থাকে। এইরূপ ছিদ্রবিশিষ্ট টেণ্টের বিশেষ সুবিধা এই যে, জরায়ু-গহ্বরে রসাদি সঞ্চিত হইলে তাহা সহজে বহির্গত হইয়া যাইতে পারে সুতরাং জরায়ু-শূল (Colic) উপস্থিত হইতে পারে না। এই শ্রেণীর টেণ্ট্ অত্যন্ত সূক্ষ্ম এবং স্থূল উভয়ই প্রাপ্ত হওয়া যায়; প্রসারিত হওয়ার পর অপরিষ্কার তীক্ষ্ণ হয়, ধীরে ধীরে ও সর্ব্বত্র সমভাবে স্ফীত হয়।

টাপেলো টেণ্ট (২৫শ চিত্র) নাইসা একোয়াটিকা নামক মূল দ্বারা প্রস্তুত। ইহা সকল আয়তনের হইতে পারে। অতি মসৃণ, সত্বরে সমভাবে প্রসারিত হয়, দূষিত পদার্থ সংক্রমিত হয় না, তজ্জন্য ক্ষত থাকিলেও ব্যবহার করা যাইতে পারে। সুতরাং এই টেণ্টই উৎকৃষ্ট।

টেণ্ট প্রয়োগ জন্ত জরায়ু বা তাহার আবরক ঝিল্লির প্রদাহ, বস্তি-গহ্বরে রক্ত-সঞ্চয়, পূয়-সঞ্চয়, জরায়ু-শূল, মূর্চ্ছা, আক্ষেপ, এবং অবসন্নাবস্থা উপস্থিত হইতে পারে। আমি ঐরূপ অনেক ঘটনা প্রত্যক্ষ করিয়াছি। সতর্কভাবে ক্রমে ক্রমে টেণ্ট ব্যবহার করিলে যদিও বিপদের

২৩শ চিত্র। স্পঞ্জ টেণ্ট।

২৪শ চিত্র। ল্যামিনেরিয়া টেণ্ট।

২৫শ চিত্র। টাপেলো টেণ্ট।

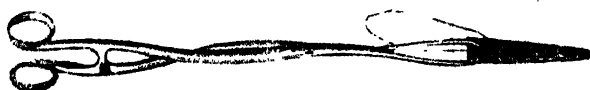
সম্ভাবনা কম তথাচ বিপদাশঙ্কা বিস্মৃত হওয়া অনুচিত। টেণ্ট প্রয়োগ জন্ত বিবমিষা, বমন, ধমনী-স্পন্দন ও দৈহিক-উত্তাপাধিক্য অতি সাধারণ ঘটনা। সন্দেহযুক্ত স্থলে অল্প সময়ের জন্ত টেণ্ট প্রয়োগ বন্ধ রাখিয়া উত্তেজনা হ্রাস করার জন্ত যত্ন করা আবশ্যক।

ল্যামিনেরিয়া টেণ্ট প্রয়োগের পূর্ব্বে তাহা অষ্টাহ কাল নিম্নলিখিত দ্রবে নিমজ্জিত করিয়া রাখিলে পচনোৎপন্নের কোন আশঙ্কা থাকে না। এইরূপ টেণ্ট ২৪ ঘণ্টা কাল জরায়ু-গ্রীবায় রাখা যাইতে পারে। কোকেন্ মিশ্রিত থাকায় স্থানিক চৈতন্তহারক ক্রিয়াও প্রকাশ হয়।

ইথর ... ... ℥iiss
আইডোফরম ... ... ʒiiss
কোকেন পিউর ... ... ʒi½
মিশ্রিত করিয়া দ্রব।

যে দিবস টেণ্ট প্রয়োগ করিবে, তাহার পূর্ব্বদিবস পটাশ্ ব্রোমাইড বা এমোনিয়া ব্রোমাইড ৩০ গ্রেণ মাত্রায় সেবন করাইয়া তৎপর-দিবস মূত্র ও মলভাণ্ড পরিষ্কার করতঃ যে কোন ভাবে শয়ান করাইয়া গ্রীবার মুখের অবস্থা দৃষ্টে টেণ্ট নির্ণয় করিবে। কার্ব্বলিক তৈলে টেণ্ট নিমজ্জিত করিয়া লইয়া দক্ষিণ হস্তের প্রথম ও দ্বিতীয় অঙ্গুলীর সাহায্যে যোনিমধ্যে লইয়া যাইয়া কৌশলে জরায়ুমুখে প্রবেশ করাইবে। যদি রোগিণীর যোনি প্রসারিত এবং সে বহু সন্তান প্রসব করিয়া থাকে, তবে টেণ্ট অঙ্গুষ্ঠ দ্বারা উর্দ্ধ এবং সম্মুখাভিমুখে চাপ প্রয়োগ করিয়া প্রবেশ করাইতে পারা যায়। প্রবিষ্ট হইতে থাকিলে যে সময়ে অঙ্গুষ্ঠ দ্বারা প্রবেশ করানর আয়ত্তের বহির্ভূত হয়, সে সময়ে হস্ততালু সম্মুখদিকে ঘুরাইয়া আনিয়া অপর অঙ্গুলী দ্বারা সঞ্চাপ দিলেই টেণ্ট প্রবেশ করে। নিম্নোদরে বামহস্ত দ্বারা সঞ্চাপ প্রয়োগ করিয়া জরায়ু স্থির রাখা আবশ্যক। কুমারীদিগের যোনিতে একাধিক অঙ্গুলী প্রবিষ্ট করান অসুবিধা, তজ্জন্য ইউটিরাইন প্রোব বা দীর্ঘ ফর্‌সেপস্ দ্বারা টেণ্ট প্রবেশ করাইতে হয়। সরলান্ত্র মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া টেণ্টের গতি স্থির এবং প্রবেশের সহায়তা করা যাইতে পারে।

জরায়ুর মধ্যে টেণ্ট প্রবেশ করিলে টেণ্টের স্থূল অন্ত জরায়ু-গ্রীবার বাহ্যমুখ মধ্যে প্রবিষ্ট হইয়া এমত ভাবে অবস্থিত হইবে যে, গ্রীবার বাহ্য-মুখ এবং টেণ্টের স্থূল অন্ত উভয়ই একই সমসূত্রে অবস্থিতি করে; নতুবা টেণ্ট সমভাবে স্ফীত হয় না। টেণ্টের বহির্গমন এবং স্থানিক দুর্গন্ধ স্রাব নিবারণ জন্য স্যালিসিলেট বা বোরাসিক গজ, তুলা কিম্বা আইডো-

ফরম্ ইত্যাদির পুঁটুলী, আইডোফরম্ গ্লিসিরিণ বা কণ্ডিজ ফ্লুইড সিক্ত করতঃ টেণ্টের নিম্নে স্থাপন করিবে। যোনির সংকীর্ণতার জন্য টেণ্ট প্রয়োগের অসুবিধা হইলে তাহা ডকবিল স্পেকুলম দ্বারা প্রসারিত ও জরায়ু-গ্রীবায় টেনাকিউলম বিদ্ধ করিয়া সুস্থির অবস্থায় রাখিয়া তৎপর দীর্ঘ ফরসেপ্‌স্ দ্বারা টেণ্ট প্রবেশ করাইবে। জরায়ু-গ্রীবার দ্রুত প্রসারণ

২৬শ চিত্র। টেণ্ট প্রবেশ করানর ফরসেপ্স্।

আবশ্যক হইলে অল্প সময় পর পর নিয়মিত সময়ে যোনিমধ্যে উষ্ণ জলের পিচকারী দিলে উদ্দেশ্য সিদ্ধ হয়। ল্যামিনেরিয়া বা টাপেলো টেণ্ট দ্বাদশ ঘণ্টা কাল জরায়ু-গ্রীবায় রাখা যাইতে পারে, কিন্তু স্পঞ্জ টেণ্ট ছয় ঘণ্টার অতিরিক্ত রাখা বিপদজনক। যে দিবস অপরাহ্নে টেণ্ট প্রয়োগ করা হয়, তাহার পরবর্ত্তী পূর্ব্বাহ্নে দেখা কর্ত্তব্য যে, জরায়ু-গ্রীবা কি পরিমাণ প্রসারিত হইয়াছে। ফিতা ধরিয়া বা ফরসেপ্‌স্ দ্বারা আকর্ষণ করিলেই টেণ্ট বহির্গত হইয়া আইসে। স্থূলাঙ্গুলিপ্রবেশোপযোগী প্রসারিত হইলেই পরীক্ষা, ঔষধ প্রয়োগ বা অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইতে পারে। একবারে উদ্দেশ্য সফল না হইলে ক্রমে অপেক্ষাকৃত স্থূল টেণ্ট দ্বারা কয়েকবারে প্রসারিত করিতে হয়। পূর্ব্বাহ্নে টেণ্ট প্রয়োগ করিলে অপরাহ্নে বহির্গত করা উচিত। গ্রীবার অভ্যন্তর মুখ অত্যন্ত সংকীর্ণ থাকিলে প্রথমে বুজি প্রবেশ করাইয়া তৎপর টেণ্ট প্রবেশ করাইবে। জরায়ু বক্র হইয়া থাকিলে প্রথমে সাউণ্ড, তৎপরে টেণ্ট অথবা সাউণ্ডের পাশ দিয়া টেণ্ট প্রবেশ করান উচিত। প্রয়োগ সময়ে আক্ষেপজনক সঙ্কোচন হইলে ক্লোরাল প্রয়োগ বিধেয়। একটি টেণ্ট জরায়ু-গহ্বরে দৈবাৎ প্রবিষ্ট হইয়া গেলে অপর টেণ্টদ্বারা গ্রীবা প্রসারণের

পর এবং বিশেষ ঘটনায় গ্রীবা কর্ত্তন পূর্ব্বক টেণ্ট বহির্গত করিতে হয়। জরায়ু-গ্রীবায় টেনাকিউলম বিদ্ধ এবং নিম্নে আনয়ন পূর্ব্বক উক্ত টেণ্ট বহির্গত করা যাইতে পারে। টেণ্ট প্রবেশ করানর যন্ত্র দ্বারাও যদি তাহা প্রবেশ করান না যায়, তবে টেনাকিউলম দ্বারা জরায়ু নিম্নে আনিয়া টেণ্ট প্রবেশ করাইবে। আর্ত্তব স্রাবের অব্যবহিত পূর্ব্বে, সমকালে বা পরে, জরায়ু-প্রদাহে কিংবা অন্য যন্ত্রের সহিত সংযোগ বর্ত্তমান থাকিলে, অথবা সবলে টেণ্ট প্রয়োগ করা নিষিদ্ধ। টেণ্ট প্রয়োগ করতঃ বেদনা নিবারণজন্য সপোজিটরী প্রয়োগ আবশ্যক। টেণ্ট প্রয়োগ সময় এবং তৎপর শান্ত সুস্থির অবস্থায় রাখা উচিত। জরায়ুতে টেণ্ট প্রয়োগ পূর্ব্বক সতর্কভাবে রোগিণীর অবস্থা পর্য্যবেক্ষণ করা বিধি। সহসা কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হইলে তৎক্ষণাৎ চিকিৎসকের উপস্থিত হওয়া আবশ্যক। টেণ্ট বহির্গত করার পর পচননিবারক জল দ্বারা যোনি ধৌত এবং পচন নিবারক পুটুলী সংস্থাপন বিধি।

সবলে—(Forcible Dilatation) জরায়ু গ্রীবা প্রসারণ জন্য নানাবিধ ধাতব, ভলকেনাইট্ বা এবোনাইট বুজী ব্যবহৃত হয়। ক্রমে ক্রমে সূক্ষ্ম হইতে স্থূলতর নম্বর প্রয়োগ করিতে হয়। হেগার, ম্যাকনাটন জোন্স, এবং পিসনটেড কর্ত্তৃক আবিষ্কৃত ডাইলেটার যথেষ্ট ব্যবহৃত হয়।

এইরূপে অল্প সময় মধ্যে গ্রীবা প্রসারিত করা বাধক বেদনা এবং অন্যান্য পীড়ার চিকিৎসার জন্য আবশ্যক হয়। এইরূপে প্রসারণ জন্য বিপদাশঙ্কাও বিস্তর। দ্রুত প্রসারণ জন্য যে বুজী ব্যবহৃত হয়, তাহা পুরুষের ক্যাথিটারের সমান দীর্ঘ ও স্থূল। প্রয়োগের পূর্ব্বে বিরেচন এবং পচননিবারক জলদ্বারা যোনি ধৌত এবং উত্তানভাবে স্থাপন করতঃ ক্লোরফরম দ্বারা চৈতন্য হরণ পূর্ব্বক বুজী প্রবেশ করাইতে হয়। বুজী প্রবেশ করানর পূর্ব্বে ভলসেলা দ্বারা অগ্র-ওষ্ঠ ধারণ পূর্ব্বক জরায়ু আকর্ষণ করতঃ স্থিরভাবে রাখিয়া প্রথমে সাউণ্ড

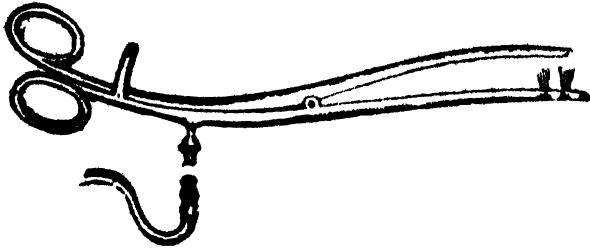
প্রবেশ করাইয়া ছিদ্রের অবস্থা নির্ণয় করতঃ তৎপর বুজী প্রবেশ করাইতে হয়। দ্রুত প্রবেশ করানর সময় সহকারী বুজী বহির্গত করিবেন। এই অবকাশেই চিকিৎসক তদপেক্ষা স্থূলতর বুজী উষ্ণ কার্ব্বলিক দ্রবে ও তৈলে নিমজ্জিত করতঃ তৎক্ষণাৎ প্রবেশ করাইবেন। এই প্রণালীতে এক ঘণ্টা মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশোপযুক্ত প্রসারণ হয়। অন্যান্য বিষয় টেণ্ট-প্রয়োগ-প্রণালীর অনুরূপ। প্রসারণের পর পরী-

২৭শ চিত্র। ম্যাকনাটন জোন্সের বুজি।

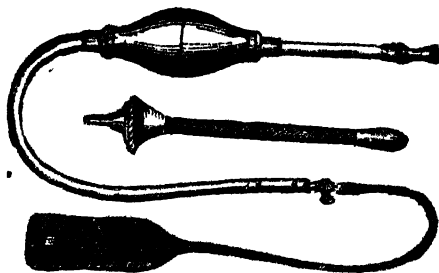
ক্ষার্থে পীড়িত বিধান গ্রহণ করা বিধি। সরু অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া কার্য্য সম্পন্ন হওয়ার সম্ভাবনা থাকিলে স্থূল অঙ্গুলী প্রবেশ করান

২৮শ চিত্র। লসন্ টেটের ডাইলেটার।

অনুচিত। দ্রুত প্রসারণ জন্য স্থানিক বিধান আহত, প্রদাহিত, দূষিত পদার্থ শোষণ এবং শোণিত স্রাব হইতে পারে; তজ্জন্য সতর্ক হওয়া উচিত। কেহ কেহ স্ক্রু যুক্ত স্প্রিং, কিম্বা বহুফলক (Blade) যুক্ত ডাইলেটার ব্যবহার করেন। এই যন্ত্র ব্যবহার করা অধিক বিপদ্জনক। লসন্টেটের ডাইলেটার ভলকেনাইট দ্বারা প্রস্তুত, স্ক্রু ও ষ্টেম সংযুক্ত। ষ্টেমের মধ্যস্থিত ছিদ্র পথে স্থিতিস্থাপক সূত্র সংলগ্ন। এতৎ প্রয়োগে ৬—১৪ ঘণ্টার মধ্যে গ্রীবা প্রসারিত হয়। রিভারডিনের

ইরিগেটিং ডাইলেটারের এক ফলক মধ্যে ছিদ্র থাকে, ঐ ছিদ্র দ্বারা উষ্ণ পচননিবারক জল প্রবেশ করাইলে শীঘ্র প্রসারিত এবং বেদনার লাঘব হয়।

২৯শ চিত্র। রিভারডিনের ইরিগেটিং ডাইলেটার।

দ্রুত ও ক্রমিক (Combined)—উভয় প্রণালীও একই স্থলে আবশ্যক হইতে পারে। দ্রুত প্রসারণে অকৃতকার্য্য হইলে ক্ষতাদি শুষ্ক হওয়ার পর ক্রমিক প্রসারণ করা আবশ্যক। কদাচিৎ কঠিন গ্রীবা কর্ত্তন করিয়া প্রসারিত করার আবশ্যক হয়। গ্লিসিরিণের পুঁটুলী প্রয়োগ করিলে গ্রীবা কোমল হয়। তৎপর সহজে প্রসারিত হইতে পারে।

রবারের ব্যাগ (Barnes's Hydrostatic Dilators) সহ

৩০শ চিত্র। বারণসের ডাইলেটার সহ হিগিন্‌সনের পিচকারী সংযোগ।

হিগিনসনের—পিচকারী সংযোগ এবং জরায়ু-গ্রীবায় প্রবেশ করাইয়া জল প্রবেশ করাইলে জরায়ু-গ্রীবা প্রসারিত হয়। পলিপস্ ইত্যাদি বহির্গত করার জন্য বারণস্ মহোদয় এই প্রণালী অবলম্বন করিতে উপদেশ দেন।

রিট্র্যাক্টর (Retractor)—যোনির কোনরূপ অস্ত্রোপচার, ঔষধ প্রয়োগ এবং পরীক্ষার আবশ্যক হইলে ভেজাইন্যাল রিট্র্যাক্টার ব্যবহার করা সুবিধাজনক।

৩১শ চিত্র। বোজম্যানের ভেজাইন্যাল রিট্র্যাক্টার।

এস্পিরেশন (Aspiration)—অর্ব্বুদ প্রভৃতি কোন স্ফীত স্থানের অভ্যন্তরে কি প্রকার তরল পদার্থ আছে এবং তাহার রাসায়নিক ও আণুবীক্ষণিক প্রকৃতি কি, তাহা স্থির করার জন্য এইরূপে পরীক্ষার আবশ্যক। সাধারণ ব্যবহার্য্য হাইপোডারমিক পিচকারী বা এস্পিরেটিং নিড্‌ল্ দ্বারা তরল পদার্থ বহির্গত করা যাইতে পারে।

৩২শ চিত্র। এস্পিরেটিং সূচিকা।

বস্তি গহ্বরের অভ্যন্তরস্থ তরলপদার্থ পূর্ণ অর্ব্বুদ, হিমেটোসিল, সিষ্টিক্-টিউমার, আবদ্ধ আর্ত্তব স্রাব প্রভৃতি পরীক্ষার জন্য এস্পিরেটার ব্যবহার করা উচিত। সরলান্ত্র, যোনি বা উদরের যে স্থান পীড়ার জন্য সর্ব্বাপেক্ষা

উচ্চ, সেই স্থানে সূচিকা প্রবেশ করাইবে। এই সময়ে সাবধান হইতে হইবে, যেন অন্ত্র আহত না হয়। উদরের ত্বক্ সটান করিয়া সূচিকা প্রবেশ করাইয়া বহির্গত করার পর ত্বক্ ছাড়িয়া দিলেই প্রবেশ জনিত রন্ধ্র বন্ধ হইয়া যায়, তথাচ সেই স্থানে টিংচার বেঞ্জইন কোঃ তুলাসহ সংলগ্ন করা উচিত। সরলান্ত্র বা যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইতে হইলে অঙ্গুলী সহ সূচিকা প্রবেশ করাইয়া তৎপরে নির্দ্দিষ্ট স্থান বিদ্ধ করিবে। সরলান্ত্র মধ্যে প্রবেশ করাইবার সময়ে সূচিকার তীক্ষ্ণ অগ্র দ্বারা অন্য স্থান আহত হওয়ার প্রতিবিধান জন্য তীক্ষ্ণ অগ্রে এক খণ্ড কর্ক বিদ্ধ করিয়া লইবে। তৎপর নির্দ্দিষ্ট স্থানে উপস্থিত হইলে অঙ্গুলীর সাহায্যে ঐ কর্ক দূরীভূত করা সহজ। যোনির ছাদের সন্নিকটে বৃহদায়তন ধমনী আছে, তাহা স্মরণ রাখা আবশ্যক।

অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদের তরল পদার্থের বর্ণ ঈষৎ পীত বা বিকৃত লালী গুড়ের অনুরূপ। উত্তাপ ও যবক্ষারদ্রাবকসহ সংযত হয়, আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় অণ্ডাধারের দানাময় পদার্থ দেখা যায়। ব্রড লিগামেণ্টের কোষার্ব্বুদের স্রাব পরিষ্কার, কঠিন পদার্থ বিহীন এবং সংযত হয় না। সৌত্রিক কোষার্ব্বুদের স্রাব কঠিন পদার্থ বিহীন, সামান্য পীত বর্ণ বিশিষ্ট। উদরীর স্রাবও পীত বর্ণ বিশিষ্ট; উত্তাপ ও শৈত্য উভয়েই সংযত হয়। জরায়ুর বহির্ভাগে গর্ভ সঞ্চারের স্রাব বিভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট। প্রদাহ জন্য স্ফোটক হইলে পূয়-কোষ প্রাপ্ত হওয়া যায়।

•এক্সপ্লোরেটরী ইনসিশন (Exploratory incision)।—উদর-গহ্বরের অর্ব্বুদ নির্ণয়ের সমস্ত উপায় ব্যর্থ হইয়াছে অথচ অস্ত্র করা আবশ্যক, তদ্রূপ স্থলে এইরূপে পরীক্ষা করা হয়। এতদ্দ্বারা যে কোন অনিষ্ট হয় না, এমত নহে। মধ্য রেখায় ত্বকে একটী নাতিদীর্ঘ কর্ত্তন করতঃ কৌষিক বিধান, বসা, টেণ্ডিনাস্ গঠন, এবং অন্ত্রাবরকের নিম্ন-

স্থিত বিধান পৃথক্ ও টর্শন বা বন্ধন দ্বারা শোণিত স্রাব রোধ পূর্ব্বক অন্ত্রাবরক ঝিল্লি পরীক্ষা করিতে হইবে। এই সময়ে অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদের উজ্জ্বল প্রাচীর দৃষ্ট হইতে পারে। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি টেনাকিউলম দ্বারা উত্তোলিত করতঃ তন্মধ্যে একটী ক্ষুদ্র ছিদ্র করিয়া তাহা ডাইরেক্টারের সাহায্যে দেড় কি দুই ইঞ্চ প্রশস্ত করতঃ তন্মধ্যে দুইটী অঙ্গুলী প্রবিষ্ট করাইয়া অর্ব্বুদের সংযোগ ইত্যাদি এবং উদর-গহ্বরের অন্যান্য অবস্থা পরীক্ষা করিবে।

অক্ষিবীক্ষণ (Ophthalmoscope)।—স্ত্রী-জননেন্দ্রিয়ের অনেক পীড়ায় পরম্পরিত ভাবে চক্ষুর পীড়া উপস্থিত হয়। তজ্জন্য আর্ত্তব স্রাব সংশ্লিষ্ট কোন পীড়ার সহিত দৃষ্টির ব্যতিক্রম হইলেই চক্ষুঃ পরীক্ষা করা উচিত। প্রায়ই অপটিক্ নিউরাইটিস, রেটিন্যাল্ শোণিত-স্রাব বা অনুরূপ উপসর্গ থাকিতে পারে। স্ত্রী জননেন্দ্রিয়ের পীড়ায় শিরঃপীড়া, বিবমিষা, মানসিক দুর্ব্বলতা, স্নায়বীয় বেদনা এবং অন্যান্য উপসর্গের ন্যায় দৃষ্টিশক্তির বৈষম্যও একটী সাধারণ উপসর্গ।

মূত্র-পরীক্ষা।—উপযুক্তভাবে মূত্র পরীক্ষা দ্বারা অনেক সময়ে রোগ নির্ণয় এবং তাহার পরিণাম স্থির করা যায়। তজ্জন্য মূত্রের অণ্ডলাল, ফস্ফেট, ইউরেটস্, শর্করা, পূয়, শ্লেষ্মা এবং শোণিত প্রভৃতি সাধারণ নিয়মে পরীক্ষা করা আবশ্যক।

উত্তাপ।—থারমোমেটার দ্বারা নিয়মিতভাবে উত্তাপ গ্রহণ করিলে জরায়ু প্রভৃতির ভিন্ন ভিন্ন প্রকার প্রাদাহিক পীড়া নির্ণয়ের সহায়তা করে। ঐ সকল পীড়াতে অনেক সময়ে রজনীতে উত্তাপ বৃদ্ধি হয়।

অণুবীক্ষণ।—স্রাব, মূত্র এবং পীড়িত বিধানের কোন অংশ পরীক্ষার জন্য অণুবীক্ষণ বিশেষ আবশ্যক। অর্ব্বুদ—অণ্ডাধারের, হাইডেটিড বা মারাত্মক কি না; স্রাব—জরায়ুর, ফণ্ডসের, কি গ্রীবার, ইত্যাদি স্থির করার জন্য আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা করা উচিত।

চৈতন্যহারক (Anæsthetic) ঔষধ—পরীক্ষা এবং অস্ত্রোপচার উভয় উদ্দেশ্যেই আবশ্যক হইতে পারে। সরলান্ত্র এবং ফ্যাণ্টোম অর্ব্বুদ পরীক্ষার জন্য, উদরগহ্বরের প্রাচীর কঠিন ও কোনরূপ স্নায়বীয় উত্তেজনা বর্ত্তমান থাকিলে, বেদনার জন্য পরীক্ষার বিঘ্ন হইলে, দীর্ঘকাল রোগের যন্ত্রণায় অবসন্ন হইয়া পড়িলে, এবং অল্পবয়স্কাদিগের পরীক্ষার জন্য চৈতন্যহারক ঔষধ প্রয়োগ পূর্ব্বক পরীক্ষা এবং অস্ত্রোপচার উভয়ই সম্পাদন করিতে হয়। উদরগহ্বরে অত্যধিক মেদ বা বায়ু সঞ্চয় জন্য পরীক্ষার প্রতিবন্ধকতা উপস্থিত হয়। এরূপ স্থলে বস্তি এবং উদরগহ্বরের যন্ত্রাদির অবস্থা বিশেষরূপে অবগত হইতে হইলে সংজ্ঞা নাশ করা উচিত। ক্লোরফরম প্রয়োগ করিতে হইলে পূর্ব্বে ফুস্‌ফুস্ ও হৃৎপিণ্ড পরীক্ষা করা এবং প্রয়োগ সময়ে পাকস্থলী শূন্য থাকা আবশ্যক। কেহ কেহ ক্লোরফরম প্রয়োগের কিছুকাল পূর্ব্বে অল্পমাত্রায় ব্র্যাণ্ডী পান করাইতে বলেন। মুখমধ্যে কৃত্রিম দন্তাদি থাকিলে তাহা বহির্গত ও অঙ্গের সমস্ত বস্ত্র শিথিল অবস্থায় রাখিতে হয়। প্রয়োগ সময়ে শ্বাসপ্রশ্বাস, ধমনীস্পন্দন এবং মস্তিষ্কের শোণিত সঞ্চালনের প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখিতে হইবে। শোণিত সঞ্চালনের বিঘ্নের লক্ষণের মধ্যে প্রথমে মুখমণ্ডলের বিবর্ণত্ব উপস্থিত হয়। ইহার কোন একটীর কুলক্ষণ উপস্থিত মাত্র তৎক্ষণাৎ ক্লোরফরম প্রয়োগ বন্ধ করতঃ প্রতিবিধান জন্য সতর্ক হওয়া উচিত। শ্বাস-রোধের উপক্রমমাত্র নিম্ন-হনুস্থি উত্তোলিত করা আবশ্যক, এই ঘটনায় হাইয়ইড্ অস্থিও উত্থিত হয়। কর্ণের অধোদিকে, উক্ত অস্থির শাখার পশ্চাদ্দিকে অঙ্গুলী দ্বারা সঞ্চাপ দিয়া তাহা ঊর্দ্ধ ও সম্মুখাভিমুখে উঠাইবে। নিউ-ইয়র্কের অধ্যাপক হাওয়ার্ডের মতে গ্রীবা এবং মস্তক সটান করাই হাইয়ইড অস্থি এবং এপিগ্লটিস উত্তোলন করার পক্ষে উৎকৃষ্ট নিয়ম। শয্যার এক পার্শ্বে এরূপ ভাবে মস্তক আনয়ন করিবে যে, গ্রীবার নিম্ন

পর্য্যন্ত শয্যায় না থাকে, তৎপর এক হস্ত থোতমার এবং অপর হস্ত গ্রীবার পশ্চাতে দিয়া নিম্ন ও পশ্চাদ্দিকে সবলে আকর্ষণ পূর্ব্বক গ্রীবার চর্ম্ম অত্যন্ত সটান করিয়া রাখিবে। হৃৎপিণ্ডে ও ভেগাস স্নায়ুর উপর বৈদ্যুতিক স্রোত, এবং ত্বক্-নিম্নে সাবকিউটেনিক্ ইথর প্রয়োগ করিবে। সিলেটন প্রভৃতির এই প্রকৃতির অপরাপর চিকিৎসাপ্রণালী সাধারণ অস্ত্র-চিকিৎসা বিষয়ক গ্রন্থে দ্রষ্টব্য। অস্ত্রোপচারক কথনই ক্লোরফরম্ প্রয়োগ করিবেন না। যিনি ক্লোরফরম্ প্রয়োগ করিবেন, তিনি নীরবে একাগ্রচিত্তে কেবল সেই কার্য্য করিবেন। অর্দ্ধ অজ্ঞানাবস্থাতেও অর্থাৎ ক্লোরফরম্ প্রয়োগের আরম্ভে বা প্রয়োগান্তে যথন রোগিণী অসম্পূর্ণ অজ্ঞানাবস্থায় থাকে, তখনও তৎপ্রতি নীরবে বিশেষ লক্ষ্য রাখিতে হইবে। এই সময়ে কোনরূপ মন্তব্য প্রকাশ করা অত্যন্ত দূষণীয়।

কোন চিকিৎসক এলকোহল ১ ভাগ, ক্লোরফরম ২ ভাগ, ইথর ৩ ভাগ একত্রে মিশ্রিত করিয়া (A. C. E. mixture) এবং কেহ বা প্রতি ড্রাম ক্লোরফরমে দুই বিন্দু নাইট্রাইট্ অফ্ এমাইল (chloramyl) মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করেন। ক্লোরফরম্ প্রয়োগ জন্য Junker ইনহেলার উৎকৃষ্ট। রোগিণী যে সময়ে নিঃশ্বাস গ্রহণ করে, কেবল সেই সময়ে ক্লোরফরম্ প্রয়োগ বিধি।

কোকেন।—গুরুতর অস্ত্রোপচারের জন্যই কেবল ব্যাপক চৈতন্যহারক ঔষধ প্রয়োগ বিধেয়, নতুবা সামান্য বাহ্য অস্ত্রোপচার বা পরীক্ষার জন্য স্থানিক চৈতন্যহারক—কোকেন দ্রব বা মলম (শতকরা ১০—২০ অংশ) প্রয়োগ করিলেই যথেষ্ট হয়। বাহ্য জননেন্দ্রিয়, যোনি এবং জরায়ু-গ্রীবার বাহ্যদেশের সামান্য অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে কোকেন প্রয়োগ করিলে বেদনা বোধ হয় না।

℞ ল্যানোলিন	...	...	℥ss
লার্ড	... ...	...	ʒii
রোজওয়াটার	...	...	ʒi
কোকেন	...	...	ʒi

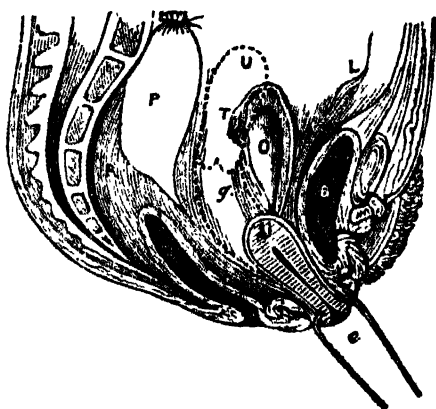
মলম। ইহা নির্দ্দিষ্ট স্থানে যথেষ্ট পরিমাণে লেপন বা তুলাদ্বারা প্রয়োগ করা সুবিধাজনক। সুবিধা হইলে বরফসহ লবণ মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিয়াও স্থানিক স্পর্শজ্ঞান বিলুপ্ত করা যায়।

ভল্‌সেলা দ্বারা জরায়ু আকর্ষণ (The uterus is drawn down by vulsellam)—ভলসেলাফরসেপ্‌সের মুখে কয়েকটী বক্র দন্ত থাকে, তদ্দ্বারা কিম্বা টেনাকিউলম, কি হুক অর্থাৎ আঁকড়ের দ্বারা জরায়ু-গ্রীবা বিদ্ধ করতঃ নিম্নে আকর্ষণ করিয়া আনা হয়। এই যন্ত্র গভীরভাবে বিদ্ধ না করিলে আকর্ষণ সময়ে স্খলিত হইতে পারে। যোনির ছাদ ও জরায়ু-গ্রীবার চাক্ষুষ পরীক্ষা, ন্যুব্জ বা স্থানভ্রষ্ট জরায়ু-গহ্বরে সাউণ্ড বা টেণ্ট প্রবেশ, জরায়ুগহ্বরে অঙ্গুলী পরীক্ষা, ফুল ও সৌত্রিক অর্ব্বুদ বহির্গত করা এবং বিবিধ অস্ত্রোপচারে জরায়ু নিম্নে আনিতে হয়।

৩৩শ চিত্র। সিমস্‌ ইউটিরাইন টেনাকিউলম।

এক হস্ত বা স্পেকুলম দ্বারা যোনি ফাঁক করিয়া অপর হস্ত দ্বারা যন্ত্র লইয়া ওষ্ঠের উপর দৃঢ় এবং গভীরভাবে বিদ্ধ করতঃ রোগিণীকে কুন্থন দিতে বলিয়া, সাবধানে, সবলে, বস্তি-গহ্বরের মধ্য-রেখানুক্রমিক আকর্ষণ পূর্ব্বক জরায়ু যথাসম্ভব নিম্নে আনয়ন করিবে। জরায়ু যে পার্শ্বে ন্যুব্জ সেই পার্শ্বের এবং স্থানভ্রষ্টাবস্থায় তাহার বিপরীত পার্শ্বের ওষ্ঠ বিদ্ধ করিয়া আকর্ষণ করিলে অনেক সুবিধা হয়।

গর্ভ ও আর্ত্তবস্রাবাবস্থা, তরুণ প্রদাহ এবং গ্রীবার কর্কট রোগ থাকিলে এইরূপে বিদ্ধ এবং আকর্ষণ করা বিপদজনক।

জরায়ু নিম্নদিকে আকর্ষিত হইলে তৎসংশ্লিষ্ট যন্ত্রাদির কিরূপ বিপর্য্যয় ও স্থান ভ্রষ্টতা উপস্থিত হয়, নিম্নস্থিত চিত্রে (৩৪শ চিত্র) তাহা প্রদর্শিত হইতেছে।

৩৪শ চিত্র। জরায়ু নিম্নে আকর্ষিত। R সরলান্ত্র, U জরায়ু, B মূত্রাশয়, P অন্ত্রাবরক ঝিল্লি, T অণ্ডবহানল O অণ্ডাধার।

তৃতীয় অধ্যায়।

জননেন্দ্রিয়-সংশ্লিষ্ট সামান্য অস্ত্রোপচার।

(Minor Gynæcological operation)

জরায়ু মধ্যে ঔষধ প্রয়োগ (Intra-uterine medication)।—জরায়ু ও গ্রীবার পুরাতন প্রদাহ, শ্বেতপ্রদর, রক্ত-আধিক্য, অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, অভ্যন্তরস্থ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির দানাময় অপকৃষ্টতা, এবং পুরাতন প্রমেহ পীড়া-জনিত বিকৃত বিধানের চিকিৎসার জন্য জরায়ু গহ্বরে—দাহক, সঙ্কোচক, পরিবর্ত্তক এবং শোষক প্রভৃতি ঔষধ প্রযোজিত হইয়া থাকে কখন বা জরায়ুর অভ্যন্তর ঝিল্লিতে চাচনী (Curette) প্রয়োগ করা হয়। সাধারণতঃ নিম্নলিখিত ঔষধ প্রয়োগ করা যায়। নাইট্রিক এসিড ; সমভাগ গ্লিসিরিণ বা আউন্স করা ২০—১০ গ্রেণ ক্রোমিক এসিড দ্রব ; আইডোফরম মলম ; গ্লিসিরিণ সহ বা কেবল টিংচার আইওডিন ; অন্য ঔষধ সহ আইওডল, শতকরা ১০—২০ অংশ স্পিরিট বা গ্লিসিরিণ সহ একথাইওল দ্রব কিম্বা মলম ; বিশুদ্ধ বা সমভাগ কার্ব্বলিকএসিড ও গ্লিসিরিণ কিম্বা টিংচার আইওডিন অথবা হাইড্রেসটিন ও হেমেমেলিসের সার ; ব্রোমিন দ্রব ; শুষ্ক বা দ্রব নাইট্রেট অফ্ সিলভার ; শুষ্ক, দ্রব বা কার্ব্বলিক্ এসিড গ্লিসিরিণ সহ সালফেট অফ্ জিঙ্ক ; জল, গ্লিসিরিণ কিম্বা কার্ব্বলিক্ এসিড সহ পারক্লোরাইড অফ্ আয়রণ ; ক্লোরোএসিটিক্ এসিড দ্রব, আউন্স করা ৩০ গ্রেণ বা কার্ব্বলিক্ এসিড গ্লিসিরিণ সহ ক্লোরাইড অফ্ জিঙ্ক ; পারদের মলম ; হাইড্রেসটিন ক্যানাডেন্সিসের সার ; হেজেলিনের তরল সার ; ট্যানিক এসিড সপোজিটরী ; বেলাডোনার মলম ; সুগার অফ্ লেডের মলম ;

মর্‌ফিয়ার সপোজিটোরী ও মলম ইত্যাদি। হাইড্রেসৃটিনের তরল সার, কার্ব্বলিক্ এসিড, টিংচার আইওডিন এবং একথাইওল মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে জরায়ু-গ্রীবা-প্রদাহে বিশেষ কার্য্য করে।

জরায়ুতে ঔষধ প্রয়োগ সম্বন্ধে সাধারণ নিয়ম—কঠিন, কোমল বা তরল, যে কোন ঔষধ জরায়ু মধ্যে বা গ্রীবায় প্রয়োগ সম্বন্ধে কয়েকটী সাধারণ নিয়ম সকল স্থলেই অবলম্বনীয়। কোন স্ত্রীলোক ঔষধ প্রয়োগ বেশ সহ্য করিতে পারে। কাহারো বা প্রবণতা নিবন্ধন জরায়ু-শূল, অবসন্নতা, জরায়ু-প্রদাহ, অম্লাবরক ঝিল্লির ও তৎসন্নিকটস্থ অন্ত যন্ত্রের প্রদাহের আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে। তজ্জন্য সকল স্থলেই সতর্কা-বলম্বন বিধেয়। ঔষধ প্রয়োগের কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে রোগিণীকে শান্ত স্থির অবস্থায় স্থাপন ও ২।১ দিবস পূর্ব্বে ব্রোমাইড সেবন করাইয়া স্নায়ুমণ্ডলের উত্তেজনা হ্রাস; গ্রীবা সঙ্কুচিত থাকিলে টেণ্ট দ্বারা প্রসারণ; জরায়ু-মুখে রক্তাধিক্য বর্ত্তমান থাকিলে রক্তমোক্ষণ ও গ্লিসিরিণ পুঁটলী প্রয়োগ; যোনিপথ পচননিবারক উষ্ণ জল দ্বারা ধৌত; অত্যন্ত সংকীর্ণ গ্রাবা পার্শ্ব দিকে কর্ত্তন দ্বারা পথ প্রশস্ত, বক্র গ্রীবা সরল, লাবণিক বিরেচক দ্বারা অন্ত্র পরিষ্কার এবং ঔষধ আবদ্ধ থাকার আশঙ্কা থাকিলে তাহা দূর করা কর্ত্তব্য। আর্ত্তব স্রাবের অব্যবহিত পূর্ব্বে, সমকালে বা বন্ধ হওয়ামাত্র ঔষধ প্রয়োগ নিষিদ্ধ। প্রথমে উষ্ণ জল প্রয়োগ করিয়া জরায়ুর উত্তেজনার বিষয় অবগত হইবে। প্রদাহ নিবারণ জন্য যত্ন করা উচিত।

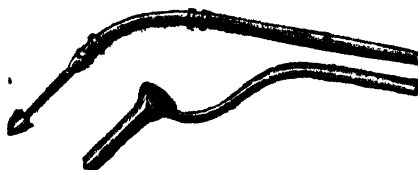
রোগিণীকে উত্তান ভাবে শয্যার এক পার্শ্বে, যোনিমধ্যে উত্তম আলোক প্রবেশ করে এরূপে শায়িতা রাখিয়া উরুদ্বয় উদরের সম্মুখ-পার্শ্ব দিকে আকর্ষণ করিয়া জরায়ুমধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইবে। মুষ্টিযুক্ত ইউটিরাইন প্রোবে তুলা পাকাইয়া তদ্দ্বারা ঔষধ প্রয়োগ করা সুবিধা। এই প্রোব ইচ্ছানুযায়ী বক্র করা যায়।

প্রথমে অপর কয়েকটী তুলী দ্বারা পীড়িত স্থানের সংলগ্ন স্রাব ইত্যাদি পরিষ্কার ও শুষ্ক করিয়া তৎপরে ঔষধ লিপ্ত তুলী বা প্রোব

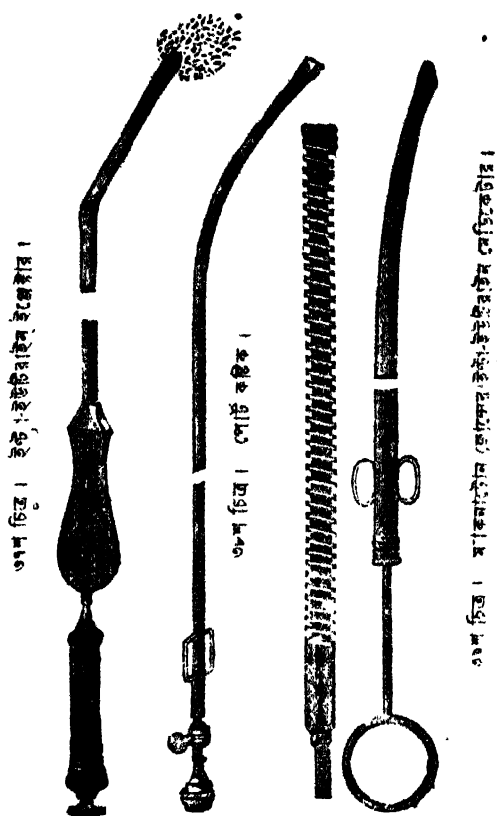
৩৫শ চিত্র। ইউটিরাইন প্রোব।

প্রবেশ করাইতে হয়। নাইট্রিক এসিড, কার্ব্বলিক এসিড, আইওডিন প্রভৃতি ঐরূপে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। কিন্তু ঔষধ গড়াইয়া অন্য স্থানে না আইসে তজ্জন্য সতর্ক হইতে হয়। ফারগুশন বা ডকবিল স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া ভলসেলা দ্বারা জরায়ু স্থির ভাবে রাখিয়া তৎপর ঔষধ দিতে হয়। প্রথম তুলীর ঔষধ স্রাব সংস্পর্শে তেজোহীন হইলে দ্বিতীয় বা তৃতীয় তুলী দ্বারা ঔষধ প্রলেপন করিবে। আইওডিন উপকারী। উপদংশ জন্য পারদীয় ঔষধ প্রয়োগ বিধি।

নাইট্রিক এসিড—প্রয়োগ জন্য এটকিন্সের ট্রোকার, ক্যানুলা, ভলসেলা ফরসেপস্, ডকবিল স্পেকুলম, ইউটিরাইন উল হোলডার, শোধিত তুলা, উগ্র নাইট্রিক এসিড, ভেসিলিন, গ্লিসিরিণ এবং সাহায্যকারী আবশ্যক। স্পেকুলম প্রবিষ্ট করাইয়া ভলসেলা দ্বারা গ্রীবা বিদ্ধ, আকর্ষণ এবং স্থির করিয়া উক্ত ট্রোকারের সাহায্যে ক্যানুলা জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশ করাইয়া তৎপর ট্রোকার বহির্গত করিয়া লইবে। ক্যানুলা তথায় স্থিরভাবে থাকিবে। ইউটিরাইন প্রোবে পূর্ব্বে তুলা জড়াইয়া রাখা কর্ত্তব্য।

৩৬শ চিত্র। এটকিন্সের ট্রোকার এবং ক্যানুলা।

তুলাযুক্ত প্রোব নাইট্রিক এসিডে নিমজ্জিত ও অতিরিক্ত এসিড সঞ্চাপ দ্বারা দূরীভূত করতঃ ক্যামুলার মধ্য দিয়া জরায়ুর ফণ্ডসে সংলগ্ন এবং তৎপর ক্যামুলা সহ প্রোব বহির্গত করিয়া লইবে; যেন অন্য স্থানে এসিড সংলগ্ন হইতে না পারে। পরিশেষে তুলী দ্বারা ভেসিলিন লেপন করিয়া দিয়া যোনিমধ্যে গ্লিসিরিণ-ট্যাম্পন সংস্থাপন করিবে।

পীড়িত স্থান হইতে শোণিত স্রাব হইতে থাকিলে নাইট্রিক এসিড প্রয়োগের পূর্ব্বে তাহা সম্পূর্ণরূপে বন্ধ করা উচিত। প্রয়োগের পর ব্রোমাইড এবং কয়েক দিবস পর্য্যন্ত ট্যাম্পন ব্যবহার করাইবে।

অন্যান্য দ্রব ঔষধও ঐ প্রণালীতেই প্রয়োগ করা যায়। পুরুষের ব্যবহার্য্য ক্যাথিটারের অগ্র কর্ত্তন পূর্ব্বক তন্মধ্য দিয়া শলাকা প্রবেশ করাইয়া ঔষধ সংলগ্ন এবং তৎপর ক্যাথিটার সহ শলাকা বহির্গত করিয়া লইলেই হইতে পারে। এই ক্যাথিটার এবং শলাকা প্ল্যাটিনমে নির্ম্মিত হওয়া উচিত। শলাকার তুলা দৃঢ়ভাবে ও অল্প ঔষধ সংলিপ্ত করিবে। ১২ ইঞ্চ দীর্ঘ, ৬ নং ক্যাথিটারের ন্যায় স্থূল, জরায়ু সাউণ্ডের ন্যায় গঠনবিশিষ্ট যে কোন নল দ্বারা জরায়ু-গহ্বরে ঔষধ প্রয়োগ করা যায়। প্রয়োগের সুবিধার জন্য অনেক প্রকার যন্ত্র ব্যবহৃত হয়। নল প্রবেশ করাইবার পূর্ব্বে ঈষদুষ্ণ পচননিবারক জল দ্বারা ধৌত এবং কার্ব্বলিক তৈল সংলিপ্ত করা আবশ্যক। পূর্ব্বেই যোনিমধ্যে গ্লিসিরিণ পুঁটলী সংস্থাপন করতঃ তৎপর নল বহির্গত করিলে ঔষধ অন্য স্থানে সংলগ্ন হওয়ার আশঙ্কা হ্রাস হয়। নল উপযুক্ত স্থানে উপস্থিত, নল দ্বারা জরায়ু-প্রাচীর আহত না হওয়া, প্রথমে অল্প পরিমাণ এবং অনুগ্র ঔষধ প্রয়োগ করা প্রভৃতি কয়েকটী বিষয়ে লক্ষ্য রাখিতে হয়।

জরায়ু-গহ্বরে পিচকারী (Intra-uterine injection) প্রয়োগ বিপজ্জনক, তজ্জন্য অনেক চিকিৎসক অন্য উপায়ে আরোগ্য হওয়ার সম্ভাবনা থাকিলে জরায়ু-গহ্বরে পিচকারী প্রয়োগ করিতে নিষেধ করেন। অনেক সময়ে প্রদাহ, শূল এবং অবসন্নতা জন্য মৃত্যু হইতে পারে। সার হেনরী টমশনের ইউরিথ্যাল ইনজেকটার (Ure-

thral injector) বা তদ্রূপ দ্বিনল বিশিষ্ট যন্ত্র দ্বারা পিচকারী প্রয়োগ করিলে, ঔষধ প্রয়োগ মাত্র অপর নল দ্বারা বহির্গত হইয়া যাইতে পারে। ডাক্তার ম্যাকনাটোন জোন্সের জরায়ু-গহ্বরে ঔষধ প্রয়োগের যন্ত্র দ্বারা প্রয়োগের সুবিধা এই যে, নল-মধ্য-স্থিত শলাকায় সঞ্চাপ দিলে ঔষধ জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশ করে, তৎপর শলাকা আকর্ষণ করিলেই পুনর্ব্বার নল মধ্যে ঔষধ প্রবিষ্ট হয়। এই অবস্থায় নল বহির্গত করিয়া লইলে জরায়ু-গহ্বরে ঔষধ থাকার আশঙ্কা তিরোহিত হয়। এই শলাকার অন্তে এক খণ্ড ক্ষুদ্র স্পঞ্জ এবং একটী স্প্রিং থাকে। এই যন্ত্র দ্বারা মূত্রনালীমধ্যেও ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

জরায়ুমধ্যে পিচকারী প্রয়োগের পূর্ব্বে (১) গ্রীবার বক্রতার ও (২) স্রাব বহির্গত হওয়ার কোন প্রতিবন্ধকতা বর্ত্তমান থাকিলে তাহার এবং (৩) প্রদাহোৎপত্তি ও (৪) বায়ু প্রবেশের প্রতিবিধান, (৫) আর্ত্তব স্রাব বন্ধ হওয়াব দুই দিন পর এবং এক সপ্তাহ মধ্যে ঔষধ প্রয়োগ, এবং (৬) উষ্ণ জলের পিচকারী প্রয়োগ দ্বারা জরায়ু-উত্তেজনা স্থির করা কর্ত্তব্য। (৭) নাইট্রেট অফ্ সিলভার্ দ্রব পিচকারী দ্বারা প্রয়োগ করা অনুচিত।

ডাইলুট বা বিশুদ্ধ টিংচার আইওডিন, ডাইলুট—জল বা গ্লিসিরিণ মিশ্রিত কার্ব্বলিক এসিড, টিংচার ষ্টিল, সলফেট ও ক্লোরাইড অফ্ জিঙ্ক দ্রব প্রভৃতির পিচকারী দেওয়া যায়। তুলী দ্বারা প্রয়োগ জন্য যেরূপ শক্তিবিশিষ্ট ঔষধ প্রযোগ করা হয়, পিচকারীতে তদপেক্ষা মৃদু প্রকৃতির ঔষধ ব্যবহার্য্য। শূন্যগর্ভ সাউণ্ড সহ কাচের পিচকারী সংলগ্ন যন্ত্র দ্বারা প্রয়োগ (৩৭শ চিত্র) সুবিধাজনক। একসময়ে ১০—১৫ বিন্দুর অতিরিক্ত ঔষধ প্রয়োগ বিপদজনক।

মলম প্রয়োগ করিতে হইলে লম্বা প্রোব বা অন্য কোন যন্ত্রের সাহায্যে প্রবেশ করান কর্ত্তব্য। একথাইওল, কার্ব্বলিক এসিড,

ক্রোমিক এসিড, নাইট্রেট অফ্ সিলভার, আইওডোফরম, নাইট্রেট ও আইওডাইড অফ্ মার্কারী, বেলাডোনা, বিসমথ, ট্যানিক এসিড, মর্ফিয়া, এসিটেট অফ্ লেড প্রভৃতির মলম প্রয়োগ করা যায়।

কঠিন ঔষধ প্রয়োগ করিতে হইলে এই উদ্দেশ্যে নির্ম্মিত দ্রবণীয় পেনসিল ব্যবহার করাই সুবিধাজনক (Dr. Braxton Hicks fused ...s)। বিশেষ যন্ত্রের সাহায্যে প্রবেশ করান সুবিধাজনক। ...াফরম, কোকেন, বেলাডোনা প্রভৃতির বুজিও প্রয়োগ করা যাই... পারে। নাইট্রেট অফ্ সিলভার সহ নাইট্রেট অফ্ পটাশ মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিতে হইলে লম্বা প্রোবের অন্তে সংলগ্ন করিয়া শূন্যগর্ভ সাউণ্ডের মধ্য দিয়া প্রয়োগ করিতে হয়। অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন জন্য শোণিতস্রাব নিবারণ-চিকিৎসায় বিশেষ উপকারী।

জরায়ুমধ্যে সপোজিটরী (Intra-urerine suppository) প্রয়োগ করিয়া উপকার পাওয়া যায়। ককোবাটার এবং গ্লিসিরিণ সহ বেলাডোনার সার ২ গ্রেণ, মর্ফিয়া ½, ¼ গ্রেণ, কার্ব্বলিক এসিড ২ গ্রেণ, আইওডোফরম ৩ গ্রেণ, বা ট্যানিক এসিড ১০ গ্রেণ কিম্বা অন্য কোন ঔষধ উপযুক্ত মাত্রায় মিশ্রিত করিয়া সপোজিটরী প্রস্তুত হয়। উক্ত সপোজিটরী সহ দুই গ্রেণ কোকেন সংযোগ করা যাইতে পারে। পোর্ট কষ্টিক (Porte- coustique) সাহায্যে প্রয়োগ করা সুবিধা।

জরায়ু-গ্রীবায় দাহক ঔষধ প্রয়োগ (Caustics medicine in the cervix uteri) করিতে হইলে অবস্থানুসারে ভিন্ন ভিন্ন প্রকৃতির ঔষধ আবশ্যক। গ্রীবার ক্ষত, বিদার, দানাময় গঠন, শোণিতস্রাব, শিরা-স্ফীতি, গঠন সমূহের ক্ষয় বা কর্কশ ভাব, উপদংশ, মারাত্মক পীড়া এবং পুরাতন প্রদাহ প্রভৃতিতে এই ঔষধ আবশ্যক। প্রথমে রোগিণীকে উত্তানভাবে যথারীতি স্থাপন পূর্ব্বক যোনিমধ্যে বৃহদায়তনের স্পারও-

সনের স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া গ্রীবা এবং ওষ্ঠোপরিস্থিত আব স্রাব সমূহ তুলী দ্বারা পরিষ্কার করিয়া পীড়িত স্থান শুষ্ক হইলে তথায় ফরসেপস্ দ্বারা নাইট্রেট অফ্ সিলভার বা তুলী দ্বারা কার্ব্বলিক এসিড, আইওডিন অথবা অপর কোন ঔষধ সংলগ্ন করিবে। দাহক ঔষধ প্রয়োগের পর গ্লিসিরিণ পুঁটলী প্রয়োগ করা আবশ্যক। ৫।৬ দিবস অতীত হইলে কষ্টিক প্রয়োগ জন্য উৎপন্ন সাদা পর্দ্দা স্খলিত হয়। নাইট্রিক এসিড প্রয়োগ করিতে হইলে দেশলাইয়ের কাঠির যে দিকে মসলা থাকে না, সেই দিক এসিড মধ্যে নিমজ্জিত করিয়া কাঠিটী একটী লম্বা ফরসেপস্ দ্বারা ধরিয়া পীড়িত স্থানে চাপিয়া ধরিবে। অন্য কোন কোমল কাঠি বা শলাকার সূক্ষ্ম তুলী দ্বারা প্রয়োগ করা যাইতে পারে। এসিড গড়াইয়া অন্য স্থান দগ্ধ না করে, এই উদ্দেশ্যে পূর্ব্বে ক্ষার জলের পিচকারী দেওয়া বিধি। গভীর বিবাক্ত ক্ষতের পক্ষে এসিড নাইট্রেট অফ্ মার্কারী প্রয়োগ উৎকৃষ্ট। সাধারণ ক্ষতের পক্ষে পারক্লোরাইড অফ্ আয়রণই যথেষ্ট।

পটাশা ফিউজা (Potassa fusa)।—প্রবল দাহক। সতর্ক হইয়া প্রয়োগ করা উচিত; স্পেকুলম প্রবেশ করাইবার সময় দেখা কর্ত্তব্য—তৎসহ গ্রীবার সন্নিকটে যোনি-প্রাচীর বর্ত্তমান না থাকে। গ্রীবা এবং স্পেকুলমের অভ্যন্তরে মধ্যবর্ত্তী স্থানে ভিনিগার মিশ্রিত তুলা সংস্থাপন করা উচিত। যে স্থান দগ্ধ করিতে হইবে, সেই স্থানে ইউটিরাইন ফরসেপস্ দ্বারা পটাশা ফিউজার পেনশীল কয়েক সেকেণ্ড ঘর্ষণ করিলেই সেই স্থান কৃষ্ণবর্ণ হইয়া যায়। তৎপর এসিটিক্ এসিড্ বা ভিনিগার জল মিশ্রিত করিয়া পিচকারী দিতে হয়। পরিশেষে ভিনিগার, গ্লিসিরিণ এবং জল মিশ্রিত করিয়া পুঁটলী, বেদনা নিবারণ জন্য যোনিমধ্যে মর্ফিয়া বেলেডোনা সপোজিটরী অথবা অধঃত্বাচিক প্রণালীতে মর্ফিয়া প্রয়োগ এবং পটাশ ব্রোমাইড ৩০ গ্রেণ, হাইড্রেট অফ্

ক্লোরাল ২০ গ্রেণ, এক আউন্স জল সহ মিশ্রিত করিয়া পান করাইয়া শয়ান অবস্থায় রাখিবে। অতঃপর ৮।১০ দিবস আর কোন চিকিৎসার আবশ্যক করে না। তৎপর অবস্থানুসারে ঔষধ ব্যবস্থেয়।

অত্যন্ত দোষযুক্ত পীড়ায় ব্রোমিণ প্রয়োগ উৎকৃষ্ট। একভাগ ব্রোমিণ, পাঁচ ভাগ সুরাসার সহ মিশ্রিত ও তুলা সিক্ত করতঃ পীড়িত বিধানে প্রয়োগ এবং গটাপার্চা টিসু দ্বারা আবৃত, তৎপর আরও ক্ষার-জল সিক্ত তুলা দ্বারা আবৃত করিয়া দিতে হয়। ছয় ঘণ্টা পর ঐ সমস্ত বহির্গত করিয়া উষ্ণ জলের পিচকারী দেওয়া কর্ত্তব্য।

একচুয়েল কটারী (The Actual cautery)।—অধিক দগ্ধ করার জন্য পেকুলিনের বেঞ্জোলাইন কটারী (Paquelin's Benzoline cautery) উৎকৃষ্ট। গ্রীবার কাঠিন্য, বিবর্দ্ধন এবং মারাত্মক পীড়া জন্য দগ্ধ করা ; ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ, বলি বা অন্য কোন রূপ বন্ধন কর্ত্তন করার জন্য ইহা প্রয়োগ করা যাইতে পারে। ইহার প্ল্যাটিনম বটন স্পিরিট ল্যাম্পে উত্তপ্ত করিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে। অপরিচালক বস্তু নির্ম্মিত নলাকার স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া অস্ত্রোপচার করিতে হয়। গ্রীবার স্রাব তুলী দ্বারা পরিষ্কার ও শুষ্ক করা আবশ্যক। স্পেকুলম মধ্য দিয়া পীড়িত বিধানে লোহিত বা শ্বেতোত্তপ্ত বটন সংলগ্ন করিলে দগ্ধ হয়। উপরিস্থিত দগ্ধ বিধান ৭।৮ দিবস পর পৃথক্ হইলে ক্ষত হয়। তৎপর পীড়িত বিধানে পরিবর্ত্তন উপস্থিত হওয়ায় পীড়া আরোগ্য হয়। উত্তপ্ত ধাতব শলাকা ২।১ সেকেণ্ডমাত্র সংলগ্ন থাকিলেই দাহন ক্রিয়া সম্পূর্ণ হয়। অধিক সময় সংলগ্ন রাখিলে গভীর স্তর দগ্ধ হওয়ার সম্ভাবনা। প্রবল প্রদাহ এবং গর্ভাবস্থায় প্রয়োগ নিষিদ্ধ। অধিক দগ্ধ হইলে বিধানের সঙ্কোচন সম্ভাবনা। গ্রীবা দগ্ধ করার সময়ে উন্মুক্ত গ্রীবা মধ্যে তুলি প্রবেশ এবং দগ্ধ করার পরেই শীতল জলের পিচকারী দেওয়া আবশ্যক।

জরায়ু-গ্রীবা হইতে রক্ত মোক্ষণ—(Depletion of the cervix uteri)—জরায়ু ও তৎসংশ্লিষ্ট বিধানের তরুণ প্রদাহ জন্য রক্তাবেগ, বেদনা, এবং কদাচিৎ টেম্পপেসারী প্রয়োগের পূর্ব্বে গ্রীবা হইতে জলৌকা, বিদ্ধন বা কর্ত্তন পূর্ব্বক রক্তমোক্ষণ করিতে হয়। শোণিত-হীনতা, পর্য্যায়ক্রমে রক্তাবেগ, পুরাতন প্রদাহজ কাঠিন্য এবং বাহ্য ঝিল্লির প্রদাহ থাকিলে রক্তমোক্ষণ অনুচিত।

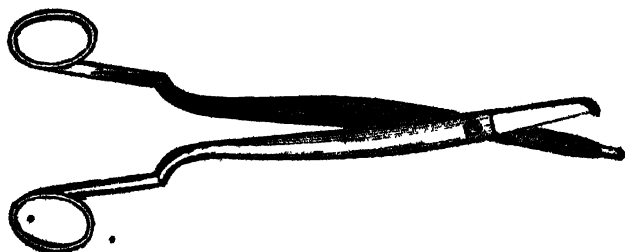
জলৌকা।—স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া যথাবিধি স্রাব পরিষ্কার এবং শুষ্ক করার পর, জলৌকা শুষ্ক করিয়া স্পঞ্জ দ্বারা অভ্যন্তরে প্রবেশ করাইয়া চাপিয়া রাখিতে হইবে। যোনিমুখ প্রসারিত থাকিলে তাহা বদ্ধ এবং জলৌকা প্রবেশ করাইয়া স্পেকুলম যোনির ছাদের দিকে চাপিয়া রাখিতে হইবে, নতুবা জলৌকা জরায়ু-গহ্বরে বা যোনি-প্রাচীরে সংলগ্ন হইতে পারে। একবারে ৩।৪টী জলৌকা যথেষ্ট। ১৫।২০ মিনিট মধ্যেই শোণিত পান করতঃ স্ফীত ও স্খলিত হয়। আবশ্যক মত শোণিত বহির্গত করার পরও জলৌকা পতিত না হইলে ফরসেপস্ দ্বারা আকর্ষণ পূর্ব্বক বহির্গত করিবে। প্রয়োগের পূর্ব্বে এবং পরে জলৌকার সংখ্যা গণনা করা আবশ্যক। নতুবা কোনটী অভ্যন্তরে লুক্কায়িত থাকা আশ্চর্য্য নহে। জলৌকা প্রয়োগ জন্য এক প্রকার বিশেষ ফরসেপস্ নির্ম্মিত হইয়াছে। জলৌকা দংশিত স্থান হইতে কখন কখন অত্যন্ত শোণিতস্রাব হয়। কখন বা আমবাতের সদৃশ কণ্ডূ বহির্গত, বেদনা এবং পুনর্ব্বার শোণিতাবেগ হয়।

৪০শ চিত্র। হলস্ ল্যানসেট।

ক্ষুদ্র ছুরিকা (৪০শ নম্বর চিত্র)।—ছুরিকাদ্বারা কয়েক স্থানে কর্ত্তন করিলেও যথেষ্ট শোণিত স্রাব হয়, কর্ত্তন গভীর হইলে অত্যধিক শোণিত স্রাব হওয়ার সম্ভাবনা। তজ্জন্য অনিষ্ট হইতে পারে।

বিদ্ধন।—সূক্ষ্ম, তীক্ষ্ণধার ছুরিকার অগ্র ⅛—¼ ইঞ্চ পরিমাণ জরায়ুগ্রীবার নানা স্থানে বিদ্ধ করিলে যথেষ্ট শোণিত নির্গত হয়। স্পেকুলমের সাহায্যে গ্রীবার ঊর্দ্ধমুখে বিদ্ধ করা কর্ত্তব্য। বিদ্ধ করার পর ঈষদুষ্ণ জলের পিচকারী দিলে অধিক শোণিত স্রাব হয়। গ্রীবা রক্তহীন বিবর্ণ হইলেই বুঝিতে হইবে যে, যথেষ্ট শোণিত স্রাব হইয়াছে। তৎপর পরিষ্কার করণানন্তর গ্লিসিরিণের পুঁটলী দিয়া অন্ততঃ ছয় ঘণ্টা কাল শায়িতা রাখিবে। রক্তমোক্ষণের পর কখন কখন রোগিণী অজ্ঞান এবং একবার শোণিতস্রাব বন্ধ হইয়া পুনর্ব্বার শোণিত স্রাব হয়, তজ্জন্য সতর্ক হওয়া উচিত। শুষ্ক পুঁটলী দিতে হইলে স্যালিসিলিক এসিড উল উৎকৃষ্ট। রক্তাধিক্য এবং রজঃকৃচ্ছ্র জন্য আবশ্যক হইলে আর্ত্তব স্রাবের অব্যবহিত পূর্ব্বেই শোণিতমোক্ষণ করা কর্ত্তব্য।

জরায়ু-গ্রীবা কর্ত্তন (Incision of the cervix uteri)।—রক্তাধিক্য ও যান্ত্রিক রজঃকৃচ্ছ্রতা সহ গ্রীবামুখের অত্যন্ত সংকীর্ণাবস্থা (Pinhole orifice), গ্রীবার অভ্যন্তর প্রদাহ এবং সংকীর্ণ মুখ জন্য অভ্যন্তরে ঔষধ প্রয়োগের প্রতিবন্ধকতা উপস্থিত হইলে এই অস্ত্রোপচার দ্বারা উপকার হয়। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে, আর্ত্তব স্রাব বন্ধ হওয়ার

৩১শং চিত্র। কাচেনবিষ্টারের সিজার।

পাঁচ দিবস পর হইতে প্রত্যহ শয়নকালে এক মাত্রা ব্রোমাইড অফ্ এমোনিয়া সেবন করান কর্ত্তব্য। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বেই সরলান্ত্র পরি-

ক্ষার করা উচিত। অস্ত্রকারক, কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে সকল প্রকার সংক্রামক পীড়ার সংস্রব পরিত্যাগ করিবেন। উত্তান ভাবে শয়ান, ডকবিল স্পেকুলম প্রবিষ্ট ও গ্রীবা হুক দ্বারা ধারণ করতঃ নিম্নে আনয়ন পূর্ব্বক স্থিরভাবে রাখিয়া কতদূর কর্ত্তন এবং অস্ত্রফলক কি পরিমাণ প্রবেশ করান কর্ত্তব্য, তাহা স্থির করা উচিত। হিষ্টেরোটম বা কাচেন-মিষ্টারের (Kuchenmeister) কাঁচি দ্বারা অস্ত্রোপচার সম্পাদন করা যাইতে পারে। স্থূল-অস্ত্র ফলক অভ্যন্তরে নির্দ্দিষ্ট পরিমাণ প্রবেশ করাইয়া একে একে উভয় পার্শ্ব বা পশ্চাৎ প্রাচীর কর্ত্তন ও তৎপর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি পরীক্ষা পূর্ব্বক অবস্থানুসারে নাইট্রিক এসিড, কার্ব্বলিক এসিড বা আইওডিন প্রয়োগ করতঃ কর্ত্তন মধ্যে কার্ব্বলিক তৈল, স্যালিসিলিক এসিড উল বা তদ্রূপ অপর কোন ঔষধ প্রয়োগ করিয়া সংযোগ এবং শোণিতস্রাবের প্রতিবিধান করিবে। পরিশেষে আরও পুঁটলী প্রয়োগ করা আবশ্যক। পর দিবস তুলা ইত্যাদি বহির্গত এবং যথা প্রয়োজন চিকিৎসা কর্ত্তব্য। আরোগ্য না হওয়া পর্য্যন্ত রবার,

৪২শৎ চিত্র। ম্যাকনাটোনজোন্সের সেলুলইড ষ্টেম। ইহা উষ্ণ জল দ্বারা যে কোন আকারে পরিবর্ত্তিত করা যায়।

ভালকেনাইট, সেলুলইড বা ধাতব বুজি প্রবেশ করান বিধি। শৈত্য সেবা সঙ্গম প্রভৃতি পরিত্যাগ পূর্ব্বক কয়েক দিবস শান্ত সুস্থিরাবস্থায় থাকা আবশ্যক। এই অস্ত্রোপচারে ক্লোরফরম প্রয়োগ না করিলেও হইতে পারে। শোণিতস্রাব রোধ জন্য টিংচার ষ্টিল প্রয়োগ অবিধেয়। আবশ্যক হইলে অন্য রক্তরোধক ব্যবস্থেয়।

গ্রীবাসহ অভ্যন্তর মুখ কর্ত্তন (Division of the cervix ernal os)।—জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদাহ জন্য অপরিহার্য্য সঙ্কোচন, আক্ষেপ সংশ্লিষ্ট রজঃকৃচ্ছ্রতা, এই উভয় কারণ বশতঃ বন্ধ্যাত্ব কিম্বা অপর কারণ বশতঃ গ্রীবার স্থায়ী সঙ্কোচন হইলে এই অস্ত্রোপচার বিশেষ উপকারী। কেবল গ্রীবা কর্ত্তন অপেক্ষা এই অস্ত্রোপচার গুরুতর এবং উপকারী। এই অস্ত্রোপচারে অত্যন্ত স্রাব, অম্লাবরক ঝিল্লি-প্রদাহ, জরায়ু-প্রদাহ এবং প্রবল অবসন্নতা উপস্থিত হওয়ার আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে। তজ্জন্য সতর্ক ভাবে অস্ত্রোপচার সম্পাদন কর্ত্তব্য। এই অস্ত্রোপচারের পূর্ব্ববর্ত্তী এবং পরবর্ত্তী অনুষ্ঠান পূর্ব্বোক্ত অস্ত্রোপচারের অনুরূপ।

মরিওন সিম্‌স্ নাইফ্ বা তদ্রূপ অপর কোন অস্ত্র দ্বারা কার্য্য হইতে পারে। এই অস্ত্র দীর্ঘ মুষ্টিযুক্ত, স্থূল অগ্র, সংযোগস্থল এরূপ কৌশলে নির্ম্মিত যে, যদৃচ্ছাক্রমে বক্র করা যাইতে পারে অথচ স্থির থাকে। বক্র এবং সরল উভয় প্রকৃতির ফলক থাকে।

৪৩নং চিত্র। গ্রীবা কর্ত্তন জন্য মরিওন সিম্‌সের ছুরিকা।

ছুরির ফলক গ্রীবার মধ্যে অভ্যন্তর মুখ পর্য্যন্ত চালিত করিয়া পার্শ্ব ও পশ্চাদ্দিকের অংশ কর্ত্তন করতঃ মুখ প্রশস্ত করিয়া দিবে। আবশ্যক হইলে সংকীর্ণ স্থান হইতে কিয়দংশ গঠন ত্রিকোণাকৃতিতে কর্ত্তন পূর্ব্বক দূরীভূত করিবে। বন্ধ্যা স্ত্রীলোকের এইরূপে কর্ত্তন করিলে গর্ভ ধারণের পক্ষে বিশেষ সুবিধা হয়। জরায়ুর সম্মুখবক্রতা-সহ বন্ধ্যাত্বে এই অস্ত্রোপচারের ফল বিশেষ মঙ্গলপ্রদ। শৈত্য, সঙ্গম,

চাঞ্চল্য, সংক্রমণ প্রভৃতি হইতে পৃথক্ রাখিবে। মেট্রোটোম (Metr. tomes) অস্ত্র ব্যবহার না করাই ভাল। কিছুকাল ষ্টেম দ্বারা গ্রীব. প্রসারিত রাখা উচিত।

প্যারাসেণ্টেসিস্ এবডোমিনিস্ (Paracentesis Abdominis)।—অর্থাৎ উদরপ্রাচীর বিদ্ধ করিয়া তরল পদার্থ বহির্গত করা। সাধারণতঃ ইহাকে ট্যাপ্ করা বলে। অণ্ডাধারের সন্দেহজনক অর্ব্বুদ নির্ণয়, ওভেরিওটমী অস্ত্রোপচার করার কোন প্রতিবন্ধকতা বর্ত্তমান থাকায় অস্থায়ী ভাবে উপশম করিয়া উপযুক্ত সময়ের প্রতীক্ষা এবং ওভেরিয়ান ভূপসাসহ উদরী বা গর্ভাবস্থা সম্মিলিত থাকিলে ট্যাপ্ করিয়া তরল পদার্থ বহির্গত করা হয়। অতি সহজে অস্ত্রোপচার সম্পাদন করা যায় সত্য, কিন্তু তত নিরাপদ বিবেচনা করা উচিত নহে। এইরূপ সামান্য অস্ত্রোপচার জন্যও স্নায়বীয় ধাক্কা বা অবসন্নতা, সেপ্টিসিমিয়া, পেরিটোনাইটিস, উদরাবরকগহ্বর মধ্যে কোষার্ব্বুদের পদার্থ কিম্বা শোণিত পতিত হওয়ার ফলে মৃত্যু পর্য্যন্ত হইতে পারে। এইরূপ কোন বিপদ উপস্থিত না হইতে পারে, তজ্জন্য বিশেষ সতর্কতাবলম্বন কর্ত্তব্য। যদি রোগ নির্ণয় করা উদ্দেশ্য হয়, তবে এস্পিরেটর বা বৃহৎ ফাঁপা সূচিকা ব্যবহার করা উচিত।

সূচিকার অভ্যন্তর দণ্ডের সূক্ষ্মতা বশতঃ বায়ু প্রবেশ করিতে পারে না। নির্ণয় এবং উপশম উভয় উদ্দেশ্যে স্পেন্সার ওয়েলসের বৃহৎ ট্রোকার উৎকৃষ্ট। তরল পদার্থ বহির্গত হইতে হইতে সহসা কোমল পদার্থ প্রবেশ জন্য বদ্ধ ও তজ্জন্য উক্ত তরল পদার্থ পেরিটোনিয়মগহ্বরে প্রবিষ্ট হইতে পারে।

ট্যাপ্ করার পূর্ব্ব রজনীতে এবং অব্যবহিত পূর্ব্বে এক একটী মাত্রা ব্রোমাইড এবং ট্যাপ্ করার অল্প পূর্ব্বে শলাকার দ্বারা প্রস্রাব করান কর্ত্তব্য। স্পর্শহারক ঔষধ প্রয়োগ অনাবশ্যক। নিতান্ত আবশ্যক

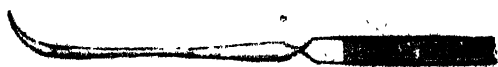
স্থ, তরল খণ্ডে লবণ মাওত করতঃ প্রয়োগ করিলে সম্পূর্ণ অসাড় হয়। উদরের মধ্য-রেখায় ট্রোকার বিদ্ধ করাই রীতি। কোন কোন স্থলে কঠিন পদার্থের অবরোধ জন্য অন্য স্থানেও বিদ্ধ করা যাইতে পারে। ট্রোকার বিদ্ধ করায় পূর্ব্বে একখণ্ড বস্ত্র ভাঁজ ও তদ্দ্বারা উদর পরিবেষ্টন করতঃ দুই অন্ত বিপরীত দিক্‌ হইতে টানিয়া রাখিলে তরল পদার্থ বহির্গমনের সুবিধা এবং বৃহৎ শোণিতবাহিকার উপর সন্তাপ প্রয়োগ করা হয়। রোগিণীকে শয্যার এক পার্শ্বে এমত ভাবে শয়ান করাইবে যে, তাহার উদর পার্শ্বে থাকে। যে পাত্রে তরল পদার্থ ধরিতে হইবে, তাহাতে অল্প পরিমাণ পচননিবারক জল রাখা উচিত। ট্রোকার সংলগ্ন রবারের নল এই জল মধ্যে নিমজ্জিত রাখিলে বায়ু প্রবেশের আশঙ্কা হ্রাস হয়। পিউবিস এবং নাভির মধ্যস্থলে, মধ্য-রেখায় ট্রোকার প্রবেশ করাইয়া কোষ বিদ্ধ করিতে হয়। ট্রোকার সহজে প্রবিষ্ট হইবে না বিবেচিত হইলে ত্বকে ক্ষুদ্র কর্ত্তন করিয়া তন্মধ্য দিয়া ট্রোকার প্রবেশ করাইবে। অর্ব্বুদ ভিন্ন ভিন্ন কোষ বিশিষ্ট হইলে ট্রোকার একেবারে বহির্গত না করিয়াই এক হইতে অপরে প্রবেশ করান যাইতে পারে। রস বহির্গত হওয়া বন্ধ হইলে এমত সাবধানে ট্রোকার বহির্গত করিয়া লইবে যে, বায়ু প্রবেশ বা প্রদাহোৎপন্ন হইতে না পারে। ক্ষত পচন-নিবারক শুষ্ক ঔষধ দ্বারা আবৃত এবং কর্ত্তন বৃহৎ হইয়া থাকিলে সেলাই করিবে। ষ্টিকিন প্লাষ্টার দ্বারা একত্রিত, আইডোফরম প্রক্ষেপ এবং পচননিবারক তুলা দ্বারা আবৃত করিয়া বন্ধনী বেষ্টন করিলেই হইতে পারে।

ভেজাইন্যাল প্যারাসেন্টিসিস্ (Vaginal paracentesis)। অর্থাৎ যোনি মধ্য দিয়া বিদ্ধ করা।—অণ্ডাধারের কোষের ও অন্য কোষার্ব্বুদের তরল পদার্থ কোন কোন স্থলে যোনি মধ্য দিয়া বহির্গত করার আবশ্যক হইতে পারে। ডগলাসের পাউচ বা বস্তিগহ্বরের অন্য

কোন স্থানে ক্ষুদ্র কোষার্ব্বুদ, বৃহৎ অর্ব্বুদের উপরে কঠিন ও Metাস্থের মধ্যে তরল পদার্থ এবং অণ্ডাধার কিম্বা অণ্ডবহানলের অর্ব্বুদ নির্ণয় প্রভৃতি কারণে এই অস্ত্রোপচার আবশ্যক। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি প্রদাহ, শোণিতের দূষিতাবস্থা প্রভৃতি এই অস্ত্রোপচারের পরিণাম হইতে পারে। এস্পিরেটার বা রেক্‌টাল ট্রোকার কিম্বা তদ্রূপ অন্য ট্রোকার দ্বারা অস্ত্র করা উচিত। এই ট্রোকারের অন্তে রবারের নল সংযোগ এবং তাহা পচননিবারক জল মধ্যে নিমগ্ন রাখিলে ভাল হয়।

জননেন্দ্রিয়ের অস্ত্রোপচারের সমস্ত পূর্ব্বানুষ্ঠান অবলম্বন পূর্ব্বক উত্তানভাবে শয়ান করাইয়া উভয় হস্ত দ্বারা প্রত্যেক যন্ত্র পরীক্ষার পর অর্ব্বুদের সর্ব্বাপেক্ষা স্ফীত স্থলে এবং তন্মধ্যে তরল দ্রব্যের সঞ্চালন অনুভব করতঃ ট্রোকার বিদ্ধ করার স্থান নির্ণয় এবং বাম তর্জ্জনী ও মধ্যমাঙ্গুলীর সাহায্য ট্রোকার লইয়া সেই স্থান বিদ্ধ করিয়া ট্রোকার বহির্গত করিয়া লইলে ক্যানুলা এবং নল মধ্য দিয়া রস বহির্গত হইতে থাকিবে। রস নিঃসরণ বন্ধ হইলে ক্যানুলা সাবধানে বহির্গত করিবে। কয়েক দিবস শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয্যায় উত্তান ভাবে শায়িতা রাখা, যোনিমধ্যে পচননিবারক জলের পিচকারী, ট্যাম্পন, ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করান এবং নাড়ী ও উত্তাপ পরীক্ষা করা উচিত।

বস্তিগহ্বরের রক্তার্ব্বুদ (Puncturing of pelvic Hæmatocele)।—ট্যাপ্ বা বিদ্ধ করিতে হইলেও উপরোক্ত নিয়মে কার্য্য করিতে হয়। এই অস্ত্রোপচার বিপদসঙ্কুল জন্য চিকিৎসকের কর্ত্তব্য যে, তিনি দুইটী বিষয় বিবেচনা পূর্ব্বক বিদ্ধ করা স্থির করেন। প্রথম—অন্ত্রাবরক ঝিল্লিগহ্বর উন্মুক্ত করিলে তন্মধ্যে বায়ুপ্রবেশজনিত পচন এবং শোণিতদুষ্টতা উপস্থিতির সম্ভাবনা, দ্বিতীয়—অস্ত্রোপচার দ্বারা আরোগ্যের সম্ভাবনা অধিক কি না?

তরল পদার্থ করিতে হইলে বিদ্ধ এবং সেপ্টিসিমিয়া হইয়া থাকিলে সংযত শোণিত চাপ সমূহ বহির্গত করার জন্য মুক্ত কর্ত্তন আবশ্যক হইয়া থাকে। প্রথমোক্ত উদ্দেশ্যে পরিপূর্ণ মূত্রাশয় হইতে মূত্র বহির্গত করার জন্য যে ট্রোকার ব্যবহৃত হয়, তদ্দ্বারা সর্ব্বাপেক্ষা স্ফীত স্থানে বিদ্ধ করা যায়। বিদ্ধ করার পক্ষে পশ্চাৎ কুলডীস্যাক উৎকৃষ্ট স্থান এবং এস্পিরেটার উৎকৃষ্ট যন্ত্র। সরলান্ত্র মধ্যে স্ফীততানুভব করিলেই ঐরূপ অস্ত্রোপচার করা কর্ত্তব্য। যে পরিমাণ তরল পদার্থ বহির্গত হইবে, অনুমান করা হইয়াছিল; যদি তৎপরিবর্ত্তে অতি সামান্য পরিমাণ তরল পদার্থ বহির্গত হয়, অথবা একেবারেই কিছু বহির্গত না হয়, তবে, তৎক্ষণাৎ স্থির করা আবশ্যক যে, কর্ত্তন করা উচিত, কি না। স্থানিক এবং সার্ব্বাঙ্গিক লক্ষণের প্রবলতানুসারে কর্ত্তব্য স্থির করা বিধি। চিকিৎসকের অভিজ্ঞতানুসারে বস্তিগহ্বরের সেপ্টিসিমিয়া ইত্যাদির প্রতি লক্ষ্য করিয়া অস্ত্র করিবেন। টেনাকিউলমের অনুরূপ আকৃতিবিশিষ্ট ছুরির ধার লিণ্ট দ্বারা আবৃত করতঃ যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরে লইয়া ধার উন্মুক্ত এবং উক্ত প্রাচীরে অঙ্গুলী প্রবেশোপযুক্ত কর্ত্তন পূর্ব্বক অঙ্গুলী দ্বারা যথাসম্ভব দূষিত সংযত শোণিতচাপ প্রভৃতি বহির্গত করিয়া দিবে। উল্লেখ করাই বাহুল্য যে, বিশেষরূপ পচননিবারক প্রণালী অবলম্বনীয়। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে এবং পরে কার্ব্বলিক বা বাইক্লোরাইড্ লোশন দ্বারা যোনি ধৌত এবং পিচকারীর মুখে নল সংলগ্ন করতঃ অর্ব্বুদগহ্বর পরিষ্কার করা আবশ্যক। এই উদ্দেশ্যে সহস্র করা অর্দ্ধাংশ হাইড্রোনেফথল্ দ্রব উৎকৃষ্ট। অণ্ডবহানলে গর্ভসঞ্চার হইলে অনেকস্থলে বস্তিগহ্বর মধ্যে রস সঞ্চয় হয়। তদ্রূপ স্থলে উদর কর্ত্তন করাই সৎপরামর্শসিদ্ধ। যোনির ছাদের পশ্চাদংশের কর্ত্তিত ছিদ্র মধ্যে ফর্সেপস্ প্রবেশ করাইয়া ফাঁক করিয়া ধরিলে তরল পদার্থ সহজে বহির্গত হয়।

৪৪শৎ চিত্র। যোনিমধ্য দিয়া বস্তিগহ্বর বিদ্ধ করার ছুরিকা।

ট্যাম্পন্ বা প্লগ (Tampon or plug)।—অর্থাৎ পুঁটলী প্রয়োগ।—গর্ভস্রাব; অস্ত্রোপচারের পর শোণিত স্রাব রোধ; জরায়ু, অণ্ডাশয় ও যোনির রক্তাধিক্যের উপশম; জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা; এবং টেণ্ট, ষ্টেমপেশারী, বা তদ্রূপ কোন পদার্থ স্বস্থানে রক্ষা ইত্যাদি কারণে তুলা, লিণ্ট, স্পঞ্জ, বায়ুপূর্ণ গোলা, ফিতা, সূত্রগুচ্ছ, বা বস্ত্র কিম্বা তদ্রূপ অপর কোন বস্তু—পারক্লোরাইড বা সবসলফেট আয়রণ দ্রব, হেমিমেলিস, পারম্যাঙ্গেনেট অফ পটাশ্ দ্রব, কার্ব্বলিক গ্লিসিরিণ, গ্লিসিরিণ এলম, গ্লিসিরিণ ট্যানিন্, টিংচার ষ্টিল, হাইড্রেষ্টিস্, একথাইওল, আইওডোফরম, এবং স্যালিসিলিক এসিড প্রভৃতি পচননিবারক, সঙ্কোচক ও পরিবর্ত্তক ঔষধ সহ মিশ্রিত করিয়া কিম্বা বিশুদ্ধ অবস্থায় পুঁটলীরূপে প্রয়োজিত হয়।

রক্তস্রাব রোধার্থে।—সাধারণ নিয়ম অবলম্বন এবং স্থাপন পূর্ব্বক যে কোন স্পেকুলম সাহায্যে ট্যাম্পন প্রয়োগ করা যাইতে পারে। যোনিমধ্যস্থিত শোণিত চাপ ইত্যাদি পরিষ্কার পূর্ব্বক একে একে কয়েকটী ট্যাম্পন প্রবেশ করাইয়া যোনি পরিপূর্ণ এবং ক্রমে স্পেকুলম বহির্গত করিতে থাকিবে। প্রথমে গ্রীবার চতুষ্পার্শ্বে ট্যাম্পন প্রয়োগ করা বিধি। ইউটিরাইন, পলিপস বা অপর লম্বা ফরসেপ্স দ্বারা সঞ্চালিত করিয়া প্রয়োগ করিতে হয়। সমস্ত যোনি পরিপূর্ণ হইলে আর প্রয়োগ করা অনাবশ্যক। পচননিবারক, সঙ্কোচক গজ বা তুলা দ্বারা ঐরূপ ট্যাম্পন প্রস্তুত করিলে গ্রীবা প্রসারণ, পচননিবারণ, দুর্গন্ধ হরণ এবং শোণিতস্রাব রোধ ইত্যাদি বহু উদ্দেশ্য সফল হয়। আবশ্যকমত

৮।১০ ঘণ্টার পর বহির্গত করা উচিত। বহির্গত করার সময়ে স্পেকুলম ব্যবহার করিলে যোনিপ্রাচীর আকর্ষণের আশঙ্কা থাকে না। ২৪ ঘণ্টার অতিরিক্ত সময় ট্যাম্পন রাখিলে উত্তেজনা ইত্যাদি হইতে পারে। সঙ্কাপ জন্ম মূত্রাবরোধ উপস্থিত হইলে ক্যাথিটার ব্যবহার করিবে। পুঁটলী বহির্গত করার পর পচননিবারক জল দ্বারা যোনি ধৌত করা আবশ্যক।

দুই ইঞ্চ দীর্ঘ প্রস্থ একখণ্ড লিণ্টের এক কোণে দীর্ঘ সূত্র সংলগ্ন করিয়া তাহা স্পেকুলমের সাহায্যে যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া তুলা দ্বারা দৃঢ়ভাবে যোনিপথ পরিপূর্ণ করিয়া স্পেকুলম বহির্গত করতঃ অঙ্গুলী সঙ্কাপ দ্বারা আরও তুলা দিলে শোণিতস্রাব রোধ হয়। চামচের সাহায্যেও ঐরূপে তুলা প্রয়োগ করা যাইতে পারে। সূত্র আকর্ষণ করিলেই সমস্ত বহির্গত হয়।

বল পেশারী।—বায়ু বহির্গত ও যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইয়া পুনর্ব্বার বায়ু পূর্ণ করিলেও বল পূর্ব্বোক্ত ট্যাম্পনের অনুরূপ কার্য্য করে।

রুমাল বা বস্ত্র সঙ্কুচিত করিয়াও ট্যাম্পন প্রয়োগ করা যায়। ইহাতে স্পেকুলমের সাহায্য আবশ্যক করে না।

স্পঞ্জ-ট্যাম্পন ব্যবহার করিলেও উপকার হয়। জরায়ুগহ্বর হইতে শোণিত স্রাব হইলে জরায়ু গ্রীবা মধ্যে স্পঞ্জট্যাম্পন প্রয়োগ করিলে শোণিত স্রাব রোধ হয়। জরায়ুগহ্বর মধ্যে ট্যাম্পন প্রবেশ

৪৫শৎ চিত্র। সারভাইকেল স্পেকুলম

করাইতে হইলে ট্যাম্পনের ঘর্ষণে গ্রীবা আহত না হয়, তজ্জন্য সার্-ভাইকেল স্পেকুলম মধ্য দিয়া ট্যাম্পন প্রবেশ করান সুবিধা। এই স্পেকুলমের অভ্যন্তর উজ্জ্বল জন্য গহ্বর আলোকিত হইতে পারে। যোনি মধ্যেও স্পঞ্জ ট্যাম্পন প্রয়োগ করা হয়, কিন্তু ইহার ফল সন্তোষ-জনক নহে।

গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন।—বস্তিগহ্বরমধ্যস্থিত যন্ত্রের রক্তাধিক্য, জরায়ু ও অণ্ডাধারের প্রদাহ, স্থানভ্রষ্টতা, জরায়ু গ্রীবার সমস্ত অস্ত্রোপ-চারের পর এবং গহ্বরে ঔষধ প্রয়োগের পর এই ট্যাম্পন প্রয়োগ করা যায়। ছোট লেবুর আকৃতি বিশিষ্ট পচননিবারক তুলার পুঁটলী গ্লিসিরিণ সিক্ত ও উভয় হস্তের তালু দ্বারা গোলাকার এবং সূত্র সংলগ্ন করতঃ স্পেকুলমের মধ্য দিয়া জরায়ু-গ্রীবায় সংস্থাপন করিলে সূত্রখণ্ড যোনির বহির্দ্দেশে ঝুলিতে থাকিবে। ৮।১০ ঘণ্টা পর সূত্র আকর্ষণ করি-লেই ট্যাম্পন বহির্গত হইয়া আইসে। তৎপর ঈষদুষ্ণ জলের পিচকারী বা ডুস প্রয়োগ করিবে। এই ট্যাম্পন দ্বারা যথেষ্ট জলবৎ স্রাব হয়। সত্বরে রক্তাধিক্য হ্রাস হওয়ায় বিশেষ উপকার হয়। কখন কখন দীর্ঘ-কাল ব্যবহার করার আবশ্যক হইতে পারে। প্রদাহ হ্রাস জন্য এক-থাইওল ও হাইড্রেসটিন সহ মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে অধিক উপকার হয়। রোগিণী চেষ্টা করিলে স্বয়ং ট্যাম্পন প্রয়োগ এবং বহি-র্গত করিতে পারে। এই উদ্দেশ্যে বারণস সাহেবের দণ্ডযুক্ত দ্বিফলক ভলকেমাইট স্পেকুলম উৎকৃষ্ট। ট্যাম্পন পূর্ণ স্পেকুলম, যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইয়া দণ্ড দ্বারা সঞ্চাপ দিলেই ট্যাম্পন নির্দ্দিষ্ট স্থানে উপ-স্থিত হয়। * নানারূপ যন্ত্র আছে। রক্ত-হীনা স্ত্রী দীর্ঘকাল গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন ব্যবহার করিলে অণ্ডাধারের এবং অন্তরূপ স্নায়বীয় পীড়া দ্বারা আক্রান্ত হইতে পারে। তদ্রূপ স্থলে কতক দিন ট্যাম্পন প্রয়োগে বিরত হওয়া উচিত

পশ্চাৎবক্র জরায়ু—কার্ব্বলিক গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন্।—সাউণ্ড দ্বারা জরায়ু স্বভাবস্থ করার পর যাহাতে পুনর্ব্বার স্থানভ্রষ্ট না হয়, তজ্জন্য গ্রীবার সম্মুখাংশে ট্যাম্পনে সঞ্চাপ প্রয়োগ করিয়া আরও কয়েকটা পুঁটলী এমন ভাবে সংস্থাপন করিবে যে, গ্রীবা পশ্চাদ্দিকে অল্প স্থানান্তরিত হয়। এতৎ সহ ষ্টেমপেশারী প্রয়োগ করিয়া উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া যায়। পুঁটলীর সঞ্চাপে পেশারীর গ্রীবার বিস্তৃত অংশ পশ্চাদভিমুখে অবস্থান করে।

কিউরেটিং দি ইউটিরাস (Curretting the uterus)।—অর্থাৎ জরায়ু চাঁছন। জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির বিকৃত বিধান চাঁছিয়া বহির্গত ও আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা দ্বারা পীড়ার প্রকৃতি নির্ণয় এবং জরায়ুগহ্বরের পুরাতন প্রদাহ, দানাময় গঠন, ফঙ্গসাইটিস, গ্রীবাভ্যন্তরের অঙ্কুরবৎ অবস্থা, অভ্যন্তর ঝিল্লির কার্য্যকারিতার অপকৃষ্টতা জনিত ক্ষুদ্র পলিপস্, ভ্রূণ হইতে উৎপন্ন পলিপস্, ভ্রূণ বহির্গত হওয়ার পর তৎসংলগ্ন স্থানের অঙ্কুরবৎ অবস্থা, কোনরূপ কোমল বর্দ্ধন মারাত্মক আশঙ্কাজনক ও তদ্রূপ অপর পীড়ার চিকিৎসায় কিউরেটিং অস্ত্রোপচার বিশেষ উপকারী। ঐ সমস্ত পীড়ায় ন্যূনাধিক পরিমাণে মধ্যে মধ্যে বা অবিরত শোণিতস্রাব হইয়া থাকে। অপর সাধারণ চিকিৎসায় কোন উপকার না হইলে তৎপর এই অস্ত্রোপচার করা উচিত।

এই অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বেও সাধারণ অস্ত্রোপচারের নিয়ম অবলম্বনীয়। অর্থাৎ রোগিণীকে কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে শান্ত সুস্থির অবস্থায় রাখিয়া বিরেচক দ্বারা অন্ত্র পরিষ্কার, যোনি মধ্যে পচননিবারক জলের ডুস, এবং জরায়ুগ্রীবা প্রসারণ প্রভৃতি সম্পন্ন করা কর্ত্তব্য। অচৈতন্য ও উত্তানভাবে স্থাপন পূর্ব্বক ডকবিল স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া ভলসেলা বা দুইটী ইউটিরাইন হুক দ্বারা জরায়ু বিদ্ধ করতঃ নিম্নে আনয়ন পূর্ব্বক স্থিরভাবে রাখিতে হইবে। উক্ত পারক্লোরাইড্ মার্কারী দ্রব

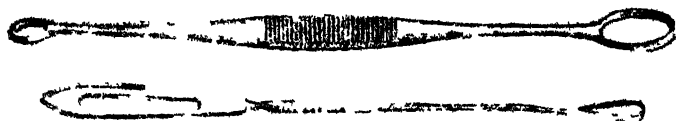
(১ ভাগে ৫০০০), কতিপয় স্পঞ্জ হোলডার বা দীর্ঘ শলাকায় অস্থে পচননিবারক তুলা দ্বারা প্রস্তুত অণ্ডাকার তুলী, ভিন্ন ভিন্ন আকৃতি এবং প্রকৃতি বিশিষ্ট কতিপয় কিউরেট, আইওডোফরমগজ বা উল, ক্রোমিকএসিড দ্রব এবং অবস্থানুসারে অন্যান্য দ্রব্য আবশ্যক হইতে পারে। তৎসমস্ত পূর্ব্বেই সন্নিকটে রাখা আবশ্যক। প্রথমে একটী কিউরেট জরায়ুগহ্বরে প্রবেশ করাইয়া নির্দ্দিষ্ট পীড়িত বিধান ধীরে ধীরে চাঁছিয়া বহির্গত করিবে। ধারবিহীন কিউরেট দ্বারা চাঁছা সম্ভব হইলে কথন তীক্ষ্ণধারযুক্ত যন্ত্র ব্যবহার করিবে না। তীক্ষ্ণধার-যুক্ত কিউরেট দ্বারা গভীরস্তরস্থিত সুস্থ বিধান আহত হইলে উপ-কারের পরিবর্ত্তে অপকারের সম্ভাবনা, তারবৎ স্থূল অস্ত্র কিউরেট দ্বারা জরায়ুগহ্বরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রত্যেক স্থান—এমন কি উৰ্দ্ধকোণদ্বয়ের মুখ পর্য্যন্ত চাঁছা উচিত। নমনীয় কিউরেট যে কোন ভাবে বক্র করতঃ গহ্বরের সকল স্থানেই প্রযোগ করা যাইতে পারে। ফঙ্গইড বর্দ্ধন, অঙ্কুর বা দানাময় বিকৃত গঠন সমভাবে চাঁছিয়া বহিগত করিতে হয়। রোগ নির্ণয় জন্য সামান্য অংশ বহিগত করিলেই পরীক্ষা করা যাইতে পারে। গ্রীবার গ্রন্থিময় বৰ্দ্ধন, মারাত্মক পীড়ার বিকৃত বিধান এবং অপর স্থলে পীড়িত বিধান অতীক্ষ্ণ কিউরেট দ্বারা বহির্গত করিতে অকৃত-কার্য্য হইলে তীক্ষ্ণধার কিউরেট দ্বারা কুরিয়া বহিগত করিতে হয়। সাধারণতঃ ঝিল্লির সমস্তর হইতে বিবৰ্দ্ধিত অংশ মাত্র চাঁছিয়া বহির্গত করিতে হয়। কিউরেট যন্ত্র চামচ বা হাতার অনুরূপ গঠনবিশিষ্ট ক্ষুদ্র যন্ত্র মাত্র। সিমনের সেরেটেড্‌স্পুন কিউরেট কেবল মারাত্মক বৰ্দ্ধন কুরিয়া বহির্গত করার জন্য ব্যবহৃত হয়। কোন কোন কিউরেট ফরসেপ্‌সের ন্যায় গঠন বিশিষ্ট। কিউরেট ব্যবহার সময়ে এমত অল্প বল প্রয়োগ করিতে হইবে যে, কেবল প্রদাহজ বিবৰ্দ্ধিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি স্তর মাত্র চাঁছা হইতে পারে; অতিরিক্ত বল প্রয়োগ করিলে জরায়ুপ্রাচীর

বিদীর্ণ হইয়া অনিষ্ট হইতে পারে। জরায়ু বিধান কোমল থাকিলে সামান্য বল প্রয়োগেই ছিদ্র হওয়ার সম্ভাবনা, তজ্জন্য সতর্ক হইবে। মধ্যে মধ্যে কিউরেট বহির্গত করতঃ পচননিবারক জলে সিক্ত তুলী দ্বারা জরায়ুগহ্বর পরিষ্কার পূর্ব্বক পুনর্ব্বার চাছা আবশ্যক। ফ্লাশিং কিউরেট ব্যবহার করিলে তাহার ছিদ্র মধ্য দিয়া জরায়ুগহ্বরের নিষ্কাশিত পদার্থ বহির্গত হইয়া যাইতে পারে। এই কিউরেটের মুষ্টির অভ্যন্তর পথে দীর্ঘ ছিদ্র থাকে। জরায়ুপ্রাচীর বিদীর্ণ হইল কি না, তাহা অবগত হওয়ার উদ্দেশ্যে সরলান্ত্র মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া জরায়ু এবং ডগলাসের পাউচ পরীক্ষা করা আবশ্যক। পেরিটোনিয়ম বিদীর্ণ হইলেও ঐ স্থানে অনুভবনীয়। মূত্রাশয় মধ্যেও সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া ঐরূপ পরীক্ষা করা উচিত। এক এক বার চাছার পরেই ঐরূপ পরীক্ষা করা উচিত। এই অস্ত্রোপচারে অতি সামান্য রক্তস্রাব হয়। কিন্তু তদ্দ্বারা অপকারের পরিবর্ত্তে উপকারই হইয়া থাকে। সমস্ত পীড়িত বিধান চাছা হইলে উষ্ণ পচননিবারক জল দ্বারা অভ্যন্তর ধৌত করতঃ আবশ্যক অনুসারে ক্রোমিক এসিড দ্রব, টিংচার আইওডিন, কার্ব্বলিক এসিড, আইওডাইজড্ ফিনল, নাইট্রিক এসিড কিম্বা অপর কোন ঔষধ তুলী দ্বারা প্রয়োগ করার পর যোনি হইতে আইওডোফরমগজ দ্বারা পরিপূর্ণ করিয়া দিবে। ঔষধ প্রয়োগ করার পূর্ব্বে পচননিবারক তুলী দ্বারা চাছা স্থান শুষ্ক করিয়া লইতে হয়। অস্ত্রোপচার শেষ হইলে পরবর্ত্তী ৪৮ ঘণ্টা কাল ব্রোমাইড কোরাল মিক্শ্চার সেবন করান আবশ্যক। কেহ বা রাত্রিতে অন্য নিদ্রাকারক ঔষধ ব্যবস্থা করেন। দুই দিবস পর যোনির ট্যাম্পন পরিবর্ত্তন করতঃ অবস্থানুসারে প্রত্যহ সতর্কভাবে চিকিৎসা করিবে। অস্ত্রোপচারের পর কয়েক দিবস রোগিণীর শয্যাগত থাকা আবশ্যক।

এই অস্ত্রোপচারে অতি সামান্য বেদনা হইয়া থাকে। বিপদ

সম্ভাবনাও অল্প, অথচ সুনিপুণ হস্তে কার্য্য হইলে বিশেষ উপকার হয়। কদাচিৎ, সেলুলাইটিস্, পেরিটোনাইটিস্ প্রভৃতি হইতে পারে। তজ্জন্য পচননিবারক প্রণালীর প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা উচিত। শোণিতস্রাব প্রভৃতি পীড়ার লক্ষণ শীঘ্রই উপশম হয়। একবার কিউরেটে কোন উপকার না হইলে আরও কয়েকবার অস্ত্রোপচারের আবশ্যক হইতে পারে। পুরাতন পীড়িত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির স্থানে নূতন ঝিল্লি উৎপন্ন হওয়ায় আরোগ্য হয়। জরায়ুগহ্বরে ঔষধ প্রয়োগ সম্বন্ধে নিয়ম সমূহ ইহাতেও প্রয়োজ্য।

কোন কোন চিকিৎসক জরায়ুগহ্বর চাঁছার পর পচননিবারক জল দ্বারা পরিষ্কার, শুষ্ক ও ঔষধ প্রয়োগ করার পর জরায়ু-গহ্বর মধ্যে আইওডোফরম গজের পুঁটলী প্রয়োগ করিয়া তৎপর যোনি মধ্যে পুঁটলী সংস্থাপন করেন। কয়েক দিবস পর্য্যন্ত এই গজ প্রত্যহ পরিবর্ত্তন করা আবশ্যক। ট্যাম্পন পরিবর্ত্তন করার সময়ে জরায়ু ও যোনি-গহ্বর পচন নিবারক জল দ্বারা পরিষ্কার করা কর্ত্তব্য। নিদ্রা না হইলে নিদ্রাকারক ঔষধ দেওয়া আবশ্যক।

৪৬ নং চিত্র। ডুকের চরণ কিউরেট।

৪৭ নং চিত্র। সিমশনের কিউরেট।

জরায়ুর প্রদাহ দীর্ঘকালস্থায়ী হইলে কিম্বা জরায়ু অধিক স্ফীত হইলে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি অত্যন্ত স্থূল হয়, তজ্জন্য বিস্তর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি চাঁছিয়া বহির্গত করিতে হয়। এই ঘটনায় অধিক শোণিতস্রাব হইতে পারে। তদ্রূপ শোণিতস্রাবে রক্তাধিক্য হ্রাস হওয়ায় উপকার হয়।

অধিক শোণিত স্রাব হইলে ১২০F উষ্ণ পচননিবারক জল প্রয়োগ করিলেই তাহা বন্ধ হয়।

৪৭ নং চিত্র। ইউটেরাইন স্কুপ।

জরায়ুগ্রীবা প্রসারণের এবং গহ্বর চাঁছার বিপদ (Dangers of dilatation and curettage)।—এই অস্ত্রোপচারদ্বয় যদিও সহজ এবং সর্ব্বদা অনুষ্ঠিত হয় সত্য, তথাচ বিশেষ সতর্কভাবে পচননিবারক প্রণালী অবলম্বন পূর্ব্বক সম্পাদন করা কর্ত্তব্য। অস্ত্রোপচারকের সামান্য ত্রুটীতে পুরাতন প্রদাহ তরুণ প্রবল প্রদাহে পরিণত; অণ্ডাধার, অণ্ডবহানল ও কৌষিক বিধানে প্রবল প্রদাহ;

পুয়োৎপন্ন, ব্রডলিগামেণ্ট মধ্যে স্ফোটক বা প্রমেহ, দূষিত পদার্থ শোষণ জন্য ব্যাপক শোণিতদুষ্টতা প্রভৃতি উপস্থিত এবং তজ্জন্য মৃত্যু পর্য্যন্ত হইতে পারে। এরূপ ঘটনায় মৃত্যুর বিবরণ বিস্তর লিপিবদ্ধ আছে।

চতুর্থ অধ্যায়।

অণ্ডোৎপত্তি এবং আর্ত্তবস্রাব।

(Ovulation and menstruation.)

অণ্ডোৎপত্তি এবং আর্ত্তবস্রাব সংশ্লিষ্ট পরিবর্ত্তন হৃদয়ঙ্গম করিতে হইলে অণ্ডাধার ও জরায়ুর পেশী, ধমনী, স্নায়ু প্রভৃতির কার্য্যপ্রণালীর প্রতি প্রণিধান করা কর্ত্তব্য। ঐ সমস্তের সুস্থাবস্থার পরিপোষণ জন্য উপযুক্ত পরিমাণ উৎকৃষ্ট শোণিত আবশ্যক। স্নায়ু সমূহের কার্য্য যে কেবল মাত্র তৎপ্রতিপাদ্য ধামনিক, পৈশিক, কৌষিক প্রভৃতি স্থানিক বৈধানিক তন্তুতেই সীমাবদ্ধ থাকে এমত নহে, পরন্তু স্নায়ুমণ্ডলের সহিত বিশেষ সম্বন্ধে সম্বদ্ধ। গুরুতর মানসিক অবসন্নতায় আর্ত্তব স্রাবের অভাবই এতৎসম্বন্ধে উৎকৃষ্ট দৃষ্টান্ত। কিন্তু তদ্বিবরণ স্বাভাবিক যান্ত্রিক ক্রিয়ার অন্তর্গত বিধায় এস্থলে উল্লেখ করা নিষ্প্রয়োজন।

ব্ল্যাণ্ড সটন এবং আরনর জন্সষ্টোন উভয়েই আর্ত্তবস্রাব সম্বন্ধে বিশেষরূপে পরীক্ষা করিয়া স্থির করিয়াছেন যে, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অংশ ভগ্ন না হইয়া কেবলমাত্র ইপিথিলিয়মের স্তর স্খলিত হয়। এই সময়ে ইউটিকুলার গ্রন্থি বৃহৎ এবং অনাবৃত ইপিথিলিয়মের প্রদেশ হইতে শোণিতস্রাব হয়। অভ্যন্তর-মুখের উর্দ্ধস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি গ্রন্থিময় বিধান সদৃশ এবং আর্ত্তবস্রাব লসীকা গ্রন্থিস্থিত স্রাবের অনুরূপ।

জনষ্টনের মতে যে সমস্ত কণিকার-ভুল প্রস্তুত করার সময় অতীত হয়, তাহারাই পর্য্যায়ক্রমে ধ্বংস হয়; ইহাই আর্ত্তবস্রাব।

স্ত্রীলোকের একটী নির্দ্দিষ্ট বয়সে—দ্বাদশ হইতে সপ্তদশ বৎসর বয়সের মধ্যে অর্থাৎ সাধারণতঃ যৌবনসময়ে জরায়ু হইতে শোণিত নিঃসৃত হইয়া থাকে। উক্ত বয়সের পূর্ব্বে বা পরেও হইতে পারে। এমন কি জন্মের কয়েক মাস পরেও আর্ত্তবস্রাব আরম্ভ হইয়া থাকে; কিন্তু তৎসমস্ত অস্বাভাবিক ঘটনা। এই শোণিতস্রাব অণ্ডাধারের অণ্ডোৎপাদন ক্রিয়ার সম্পূর্ণতা অর্থাৎ গ্রাফিয়ান্ ফলিকলের সম্পূর্ণ বর্দ্ধন, বিদীর্ণতা, এবং অণ্ড-নিঃসরণের বাহ্যদৃশ্য লক্ষণ। আর্ত্তব স্রাব আরম্ভ হইলেই মানসিক এবং দৈহিক নানাবিধ পরিবর্ত্তন হয়। সাধারণতঃ ইহাই স্ত্রীজীবনের বসন্তকাল। এই সময়ে সঙ্গম-লালসাঙ্কুরোদ্গম, সঙ্গমে-ন্দ্রিয়, স্তন, অণ্ডাধার, জরায়ু এবং সরলান্ত্র প্রভৃতিতে রক্তাবেগ ও রক্তা-ধিক্য; মস্তিষ্ক, হৃৎপিণ্ড ও ফুস্ফুস্ প্রভৃতি দূরবর্ত্তী যন্ত্র সমূহে উদ্দীপন, এবং অণ্ডাধারীয় স্নায়ুর উত্তেজনা ও রক্তাবেগ সংশ্লিষ্ট প্রত্যাবর্ত্তক স্নায়বীয় লক্ষণ উপস্থিত হয়। এই অবস্থা পর্য্যায়ক্রমে ত্রিশ চল্লিশ বৎসর কাল উপস্থিত হয়। পূর্ণ যৌবনের পর স্ত্রীজীবন সময়ের ইহাই গ্রীষ্ম ঋতু। তৎপর শঙ্কটাপন্ন শরৎকালের আরম্ভ; ন্যূনাধিক ৪৫—৫০শ বৎসর বয়-সের মধ্যে জননশক্তি হ্রাস হইতে আরম্ভ হইয়া ক্রমে বিনষ্ট, পুনর্ব্বার স্থানিক ও ব্যাপক ব[illegible]াধিকা, মস্তিষ্ক সংশ্লিষ্ট উপদ্রব, হৃৎপিণ্ডের অসুস্থতা, অন্যান্য যন্ত্র হইতে ভাইকেরিয়স্ শোণিতস্রাব এবং স্নায়বীয় উত্তেজনা প্রভৃতি লক্ষণ উপস্থিত হয়। অতঃপর স্ত্রীজীবনের বার্দ্ধক্য বা শীত ঋতু।

অণ্ডোৎপন্ন হওয়ার জন্যই উক্ত সমস্ত পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। আর্ত্তবস্রাব কেবল আনুষঙ্গিক লক্ষণমাত্র। অণ্ডাধার দূরীভূত হইলেও আর্ত্তবস্রাব হইতে পারে সত্য, কিন্তু তাহা অণ্ডোৎপন্ন হওয়ার জন্য নহে; কেবল অভ্যাস বশতঃই তদ্রূপ শোণিতস্রাব হয়।

পূর্ব্ববর্ণিত সমস্ত পরিবর্ত্তন কেবল মাত্র অণ্ডোৎপন্ন হওয়ার জন্যই উপস্থিত হয়। কেন হয়? এ প্রশ্নের উত্তর বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত স্থিরীকৃত হয় নাই।

অণ্ডাধার দূরীভূত করিলে আর্ত্তবস্রাব হয়, আবার আর্ত্তবস্রাব না হইয়াও গর্ভসঞ্চার হয়। অণ্ডাধারে, অণ্ডবহনলে রক্তাধিক্য, গ্রাফিয়ান্ ফলিকল্ বিদীর্ণ এবং অণ্ড বহির্গত হয় অথচ জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে রক্তাধিক্য, বাহ্যস্তর স্খলিত এবং শোণিতস্রাব হয় না, কিন্তু এই ঘটনা অস্বাভাবিক। সুতরাং আর্ত্তবস্রাব হওয়াই স্বাভাবিক ঘটনা। আর্ত্তবস্রাব না হইলে জননেন্দ্রিয়ের রক্তাধিক্য জনিত বিকৃত পদার্থ স্বাভাবিকরূপে বহির্গত না হইয়া শরীর মধ্যে অবরুদ্ধ থাকে। এই ঘটনায় নানারূপ পীড়া উপস্থিত হয়, সুতরাং আর্ত্তবস্রাবের অল্পতা বা অভাব বিষয়ে বিশেষরূপে প্রণিধান করা কর্ত্তব্য।

আর্ত্তবস্রাব সংশ্লিষ্ট পীড়া।

(Disorders of Menstruation.)

সুস্থাবস্থায় যৌবন সঞ্চার হইতে ৪৫—৫০শ বৎসর বয়স পর্য্যন্ত ন্যূনাধিক ২৮ দিবস পর পর সাধারণতঃ তিন হইতে সাত দিবস কাল আর্ত্তবস্রাব হয়। এই স্রাব, শোণিত ও জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির স্খলিত পদার্থ সম্মিলিত। পরিমাণ, স্রাবের স্থায়িত্বকালের উপর নির্ভর করে। স্থানিক জলবায়ু, উত্তাপ, সঙ্গম, অভ্যাস, অবস্থা, স্বভাব, দৈহিক শোণিতের অবস্থা (সংক্রামক পীড়া, ক্ষয়কাশ, মূত্রযন্ত্রের পীড়া, রক্তাল্পতা, ক্লোরোসিস্ প্রভৃতি), মানসিক অবস্থা (শোক, দুঃখ, দুশ্চিন্তা, আক্ষেপ, অবসন্নতা, অস্বাভাবিক ও অতিরিক্ত সঙ্গম), জননেন্দ্রিয় ও সরলান্ত্রের স্থানিক অবস্থা (সৌত্রিক অর্ব্বুদ, জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা এবং বক্রতা), অণ্ডাধারের পীড়াজনিত বর্দ্ধন, অস্বাভাবিক বর্দ্ধন ও অবস্থান

অণ্ডবহানল হইতে যোনিদ্বার পর্য্যন্ত পথের কোন স্থানের আজন্ম বা পরে উৎপন্ন সঙ্কোচন অথবা অবরোধ ইত্যাদি ঘটনা রজঃস্রাবের বিশৃঙ্খলতা প্রবর্ত্তন করে।

শিক্ষার্থীর সুবিধার জন্য আর্ত্তবস্রাব সংশ্লিষ্ট অস্বাভাবিকাবস্থা নিম্নলিখিতরূপে শ্রেণী বিভক্ত করাই শ্রেয়ঃ।

রজোহীনতা (Amenorrhœa) (১) মুখ্য—প্রায়শঃ দীর্ঘকালস্থায়ী।
(২) গৌণ—প্রায়শঃ অল্পকালস্থায়ী।

রজঃকৃচ্ছ্রতা (Dysmenorrhœa)।—

অণ্ডাধার সংশ্লিষ্ট—
- আজন্ম অস্বাভাবিক গঠন জনিত
- রক্তাধিক্য এবং অবরোধজ রক্তাধিক্য জনিত
- অণ্ডাধারের প্রদাহ জনিত
- গঠন মধ্যে রক্তস্রাব জনিত
- কর্পস লুটিয়ার পরিবর্ত্তন জনিত
- কৌষিক পরিবর্ত্তন জনিত
- বাহ্যস্তর ও অভ্যন্তরস্থিত বিধানের শোণিতাল্পতা জনিত
- পচন জনিত
- ক্ষয় জনিত
- ন যোগ জনিত।

অণ্ডবহানল সংশ্লিষ্ট—
- আজন্ম অস্বাভাবিকাবস্থা জনিত
- প্রদাহ জনিত
- সংযোগ জনিত
- স্থানভ্রংশ জনিত
- অবরোধ জনিত
- কোষিক পীড়া জনিত

জরায়ু সংশ্লিষ্ট—
- আজন্ম অস্বাভাবিকাবস্থা জনিত
- স্থূলতা এবং স্থানভ্রষ্টতা জনিত
- গ্রীবারন্ধ্রের সংকীর্ণতা জনিত
- বিধানস্থিত সৌত্রিক অর্ব্বুদ জনিত
- পলিপস্
- অস্ত্রোপচার, আঘাত জনিত
- অভ্যন্তর ঝিল্লির প্রদাহ জনিত

অবরোধ সংশ্লিষ্ট-
- অণ্ডবহানালের অবরোধ জনিত
- জরায়ুগহ্বরের অবরোধ জনিত
- যোনির অবরোধ জনিত
- যোনিদ্বারের অবরোধ জনিত

মেম্ব্রেনাস্ (Membranous) ডিস্‌মেনোরিয়া একপ্রকার বিশেষ প্রকৃতির পীড়া।

মেনোরেজিয়া (Menorrhagia)

অর্থাৎ অত্যধিক আর্ত্তব স্রাব

১। স্বাভাবিক আর্ত্তব স্রাবের পরিমাণাধিক্য, ইহা দুই কারণে হইতে পারে। এক, সাধারণ স্রাবের পরিমাণাধিক্য। দ্বিতীয়, অণ্ডাধার, জরায়ু বা হৃৎপিণ্ড, যকৃতের বৈধানিক পরিবর্ত্তন বা পীড়ার জনিত।

২। স্বাভাবিক আর্ত্তব স্রাবের নির্দ্দিষ্ট বয়স অতীত হওয়ার পর আর্ত্তব স্রাব।

মেট্রোরেজিয়া (Metrorrhagia) অর্থাৎ

রক্তপ্রদর বা রক্তিনীর পীড়া। —উভয় আর্ত্তব স্রাবের মধ্যবর্ত্তী সময়ে জননেন্দ্রিয় হইতে অস্বাভাবিক শোণিত স্রাব।

ভাইকেরিয়স (Vicarious)

অর্থাৎ জননেন্দ্রিয় ব্যতীত অন্য স্থান হইতে আর্ত্তব স্রাব—এইরূপ আর্ত্তবস্রাব ফুস্‌ফুস্, নাসিকা, পাকস্থলী, ত্বক্, মূত্রযন্ত্র হইতে হইয়া থাকে। মস্তিষ্ক বা রেটিনা মধ্যেও শোণিত স্রাব হয়।

রজোহীনতা।

(Amenorrhœa).

সঙ্গমোপযুক্ত বয়সে আর্ত্তব স্রাব না হইলে অথবা স্রাব আরম্ভ হওয়ার পর নির্দ্দিষ্ট সময়ে পুনস্রাব না হইলে তাহা এমেনোরিয়া অর্থাৎ রজোহীনতা সংজ্ঞা দেওয়া হয়।

কারণ—(১) প্রতি বিধানীয় (গর্ভাবস্থা ব্যতীত) কারণ সমূহ অর্থাৎ যে সমস্ত ঘটনা আর্ত্তব স্রাবের উপর কার্য্য করে। (২) অপ্রতি-

বিধানীয়—আজন্মিক বিকৃতি বা কোন যন্ত্রের অভাব, অণ্ডাধার, অণ্ডহ্রানতা, এবং জরায়ুর অসম্পূর্ণ-পরিবর্দ্ধন। অণ্ডাধার এবং জরায়ুর উৎপন্ন অসাধ্য পীড়া।

নিম্নলিখিত কারণ সমূহে আর্ত্তব স্রাবের হ্রাস বা [illegible]।

ক। এনিমিয়া ও ক্লোরোসিস।

খ। রক্তাধিকাবস্থা।

গ। আর্ত্তব স্রাব সময়ে ভয়, চিন্তা প্রভৃতি।

ঘ। আজন্মিক।

অন্তঃসত্ত্বাবস্থার পার্থক্য নিরূপণ।—কচিৎ দুই একটী বিশেষ স্থল ব্যতীত অন্তঃসত্ত্বাবস্থায় আর্ত্তবস্রাব বন্ধ থাকাই সাধারণ নিয়ম। তজ্জন্য আর্ত্তবস্রাবরহিতা রোগিণী চিকিৎসাধীনে আসিলে গর্ভসঞ্চার হেতু আর্ত্তবস্রাব বন্ধ হইয়াছে কি না, সর্ব্বপ্রথমে তাহাই সতর্ক ভাবে বিশেষরূপে পরীক্ষা করিতে হয়। ধাত্রীবিদ্যা পুস্তক পাঠে গর্ভের লক্ষণ সমূহ অবগত হইবে; জরায়ু পিউবিসের উর্দ্ধে উত্থিত না হওয়া পর্য্যন্ত গর্ভ নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন। অনেক সময়ে গর্ভিণী বা তাহার আত্মীয়গণ গর্ভ গোপন করিয়া পীড়ার ভাণ করে; তদ্রূপ স্থলে স্থিরসিদ্ধান্তে উপনীত না হওয়া পর্য্যন্ত কোনরূপ মন্তব্য প্রকাশ করা বিপজ্জনক।

গর্ভের প্রথমাংশে আর্ত্তবস্রাব রোধ; স্নায়বীয় লক্ষণ; স্তনের পরিবর্ত্তন; প্রাতর্ব্বমন; জরায়ুর আয়তন, অবস্থান, মুখ ও গ্রীবার পরিবর্ত্তন; যোনির বর্ণের পরিবর্ত্তন এবং স্রাবাধিক্য। দ্বিতীয়াংশে জরায়ু ক্রমিক বৃহৎ; স্তনে এরিওলা ও স্রাব; ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডের শব্দ; বেলট-মেণ্ট; ফুলের ফুফেল; এবং তৃতীয়াংশে জরায়ুর স্পষ্ট সঙ্কোচন, মুখ ও গ্রীবার পরিবর্ত্তন সুস্পষ্ট হয়। হেগারের মতে জরায়ুর পেয়ারার আকৃতির পরিবর্ত্তন হয়। গর্ভসঞ্চার সন্দিগ্ধ স্থলে জরায়ু বড়, মুখ ও

গ্রীবা কোমল হইলে অন্তঃসত্ত্বাবস্থা স্থির করিবে। অণুমাত্র সন্দেহ উপস্থিত হইলেও সাউণ্ড প্রবেশ করাইবে না। পঞ্চম ও ষষ্ঠ মাসে গর্ভ সম্বন্ধে নিঃসন্দেহ হওয়া যাইতে পারে। সৌত্রিক এবং কৌষিক অর্ব্বুদ, উদরী, উদর-স্ফীতি প্রভৃতি নানা কারণে ভ্রম হইতে পারে। তদ্রূপ স্থলে ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডের শব্দ স্থির হইলে নিঃসন্দেহ হয়। অন্তঃসত্ত্বাবস্থায় জরায়ুর আকৃতির সহিত কলসীর আকৃতির কিঞ্চিৎ সৌসাদৃশ্য আছে।

রক্তহীনতা (Anæmic, Chlorotic)।—কঙ্কটাইভা পীতাভ শুভ্রবর্ণ, ওষ্ঠ ও মাঢ়ী পাংশুটে, ত্বক্ বিবর্ণ, হৃৎপিণ্ডে রক্তহীনতা-জনিত শব্দ, জুগুলার-স্পন্দন বা ব্রুই, রেটিনা সাদা, অক্ষিপল্লব ও মুখমণ্ডলের স্ফীততা ভাব এবং শিরঃপীড়া, অক্ষুধা, অরুচি, অবসন্নতা, অলসতা, তন্দ্রা এবং নানা স্থানে স্নায়বীয় বেদনা প্রভৃতি লক্ষণ সম্মিলিত হইয়া রোগিণীকে অবসাদগ্রস্তা করে। হৃৎপিণ্ডের স্থানে এক প্রকার বিশেষ বেদনা হইতে পারে। শোণিত পাতলা এবং লোহিত কণিকার সংখ্যা হ্রাস হয়। অণ্ডাধার ও জরায়ুর জীবনী এবং পোষণশক্তি ক্ষীণ হওয়ায় তাহাদিগের ক্রিয়া সম্পন্ন না হওয়ায় ক্রমে অণ্ডোৎপাদন বন্ধ হয়।

রক্তাধিক্যাবস্থা (Plethoric)।—ইহার লক্ষণ সমূহ রক্তহীনতার লক্ষণের সম্পূর্ণ বিপরীত। শোণিত পরিপূর্ণ দেহে সঙ্গমেন্দ্রিয় সমূহে রক্তাবেগ অধিক হয়। অধিক শোণিত সঞ্চিত হওয়ায় সমস্ত যন্ত্রেরই পোষণ এবং বর্দ্ধনশক্তি হ্রাস হয়। অণ্ডাধার ও জরায়ুর রক্তাধিক্য থাকায় অণ্ডোৎপত্তির বিঘ্ন এবং আবর্ত্তবস্রাব অনিয়মিত হইয়া পরে বন্ধ হয়। এই শ্রেণীর পীড়া শোণিতপূর্ণ দেহ দৃষ্টে সহজেই স্থির হইতে পারে। এতৎসহ শিরঃপীড়া, হৃৎকম্পন প্রভৃতি লক্ষণও বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

আকস্মিক ঘটনা (Accidental Influences)।—অনুচিত পরিচ্ছদ, অনিয়মিত খাদ্য, অনুপযুক্ত পরিশ্রম, মনস্তাপ, জীবনীশক্তি ক্ষয়কারক প্রবল [illegible] রের পরবর্ত্তী উপসর্গ, আর্ত্তব স্রাব সময়ে শৈত্য সেবা প্রভৃতি অত্যাচার, এবং অবসাদজনক ঘটনায় আর্ত্তব স্রাব রোধ বা তাহার প্রকৃতি পরিবর্ত্তিত হইতে পারে। রোগিণীর ইতিবৃত্ত জিজ্ঞাসা করার সময়ে এতৎ সম্বন্ধে লক্ষ্য রাখা উচিত।

আজন্মিক বিকৃত গঠন (Congenital Defects) জন্যও আর্ত্তব স্রাব রোধ হয়। আর্ত্তব স্রাব অভাব জন্য রোগিণী উপস্থিত হইলে আভ্যন্তরিক পরীক্ষার পূর্ব্বে অণ্ডোৎপত্তির লক্ষণ—প্রত্যেক মাসে নির্দ্দিষ্ট সময়ে কটিতটে বা অন্য স্থানে বেদনা ও কোনরূপ স্রাব হয় কি না? দৈহিক এবং মানসিক প্রকৃতি স্ত্রীলোকসুলভ কি না? স্রাব রোধ হওয়ার অপর কোন কারণ বর্ত্তমান আছে কি না? যদি না থাকে, তবে অণ্ডাধার, জরায়ু বা যোনির অসম্পূর্ণতা থাকার সম্ভাবনা। প্রচলিত ঔষধে কোন উপকার না হইলে অঙ্গুলী পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য, কিন্তু যোনিপ্রদাহ, জরায়ু স্থানভ্রষ্ট, বস্তির পেরিটো-নাইটিস্ প্রভৃতির বিবরণ অবগত হইলে আর্ত্তব-স্রাব সঞ্চিত আছে, অনুমান পূর্ব্বক সত্বরেই পরীক্ষা করিতে হয়।

চিকিৎসা।—রজোহীনতার কারণ নির্ণয় পূর্ব্বক চিকিৎসায় প্রবৃত্ত হইতে হয়। শোণিতহীনতার জন্য হইলে সর্ব্ব প্রথমেই জননেন্দ্রিয়ে উপযুক্ত শোণিত সঞ্চালনের প্রতি লক্ষ্য করিয়া শারীরিক অসুস্থাবস্থার [illegible] আবশ্যক। অনিষ্টজনক আচার ব্যবহার পরিত্যাগ করান উচিত। উষ্ণবস্ত্র পরিধান, সুপাচ্য পুষ্টিকর পথ্য, পেপ্সিন ওয়াইন, মাল্টের প্রয়োগরূপ, [illegible] অইল সহ মদ্য ও লৌহ মিশ্রিত প্রয়োগরূপ, সেণ্টরাফেল ওয়াইন, দুগ্ধ, মৎস্য, মাংস প্রভৃতি বিশেষ উপকারী পথ্য। এই সমস্ত পথ্য চিকিৎসার অনুকূল। অধিক

রাত্রিতে পথ্য সেবন দূষ্য। অবস্থা বিশেষে সামান্য পরিশ্রম, শীতল জলে স্নান, সমুদ্র জলে বা সিউইডএসেন্স মিশ্রিত জলে স্নান উপকারী। শয়নের পূর্ব্বে কটিস্নানসহ পদদ্বয় উষ্ণ জলে নিমজ্জিত করার পর উদরের নিম্নাংশে বস্ত্রদ্বারা ঘর্ষণ করিয়া তৎক্ষণাৎ শয়ন করিলে বিশেষ উপকার হয়। প্রত্যহ সুনিদ্রা এবং ত্বক্ পরিষ্কার হয়, তৎপক্ষে মনোযোগ দেওয়া কর্ত্তব্য।

ঔষধের মধ্যে লৌহ ,আর্সেনিক, কুইনাইন, নক্সভমিকা, এলোজ, মার, জাফ্রান, ক্যানাবিশইণ্ডিকা, এপিওল, সেনেরিনা, এলেট্রিস, টিংচার ভিবারনাম, বোরাক্স, পারম্যাঙ্গেনেট অব্ পটাশ এবং তাহাদিগের প্রয়োগরূপ একক বা অপর ঔষধের সহিত মিশ্রিত করিয়া ব্যবস্থা করিলে উপকার হয়। আর্গট ও আর্গটিন দ্বারাও উপকার হয়।

অপর উপায় মধ্যে ইউটিরাইনসাউণ্ড, ম্যাসাজ, গ্যালভ্যানিজম, উষ্ণ হিপ এবং ফুটবাথ, মেরুদণ্ডে ঘর্ষণ, উরুর অভ্যন্তরে ও মলদ্বারে জলৌকা, স্তনে সেক, এবং মলভাণ্ডে উত্তেজক পিচকারী ও ভিটী প্রভৃতি উৎসর্জন উপকারী।

লৌহঘটিত ঔষধ প্রয়োগের পূর্ব্ব তাহা সহ্য হইবে কি না, বিবেচনা করা আবশ্যক। কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে মৃদু লাবণিক বিরেচক, বিশেষতঃ তাহার উচ্ছলৎ পানীয়, যকৃতের ক্রিয়া বৃদ্ধির জন্য হাইড্রার্জ-কম ক্রিটা সহ ইউনিমিন, আইরিডিন প্রভৃতি উদ্ভিজ্জ পিত্তনিঃসারক এবং কার্ব্বনেট পটাশ, লাইকর এমনিয়া এসিটেটিস, নাইট্রিক ইথর প্রভৃতি ক্ষারাক্ত মিশ্র কয়েক দিবস সেবন করাইয়া তৎপর লৌহ সেবন করাইলে উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া যায়। লঘুপাক পুষ্টিকর পথ্য ব্যবস্থা করিবে। লৌহ প্রয়োগ সময়ে অতিরিক্ত ভোজন অপকারী। দুগ্ধ উৎকৃষ্ট। আহারের কিছুকাল পরে লৌহ সেবন করান বিধি। কিন্তু অনাহারে থাকিলে কখন লৌহ সেবন করাইবে না। কোন

প্রয়োগরূপ সুফলদায়ক? এ প্রশ্নের উত্তর পীড়ার এবং রোগিণীর প্রকৃতির উপর নির্ভর করে। রিডিউসড আয়রণ, সালফেট অব্ আয়রণ একক বা আর্সেনিক, কুইনাইন, নক্সভমিকা সহ বটিকা; টিংচার ষ্টিল, মিশ্চুরা ফেরি কম্পোজিটা, লাইকর ফেরি ডাইলাইজড, ব্রোমাইড অব আয়রণ, ব্লডস্ পিল, ইত্যাদির কোন একটী ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। অসহ্য বোধ করিলে ফেলোস্ বা ইষ্টোনের সিরপ ইত্যাদি প্রয়োগ করা আবশ্যক।

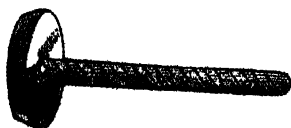
আর্সেনিক।—জরায়ুর পুরাতন প্রদাহ সংশ্লিষ্ট পীড়ায় আর্সেনিক বিশেষ উপকারী। লৌহ ও কুইনাইন সহ বটিকা রূপে বা লাইকর আর্সেনিকেলিস আহারান্তে প্রত্যহ তিনবার সেবন করান উচিত। আর্সেনিক সেবনে পাকস্থলীর উত্তেজনা, কণ্ডু, শোথ এবং চক্ষে প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে, ইহা স্মরণ করা কর্ত্তব্য। এইরূপ লক্ষণ উপস্থিত হইলে কয়েক দিবস আর্সেনিক প্রয়োগে বিরত হইবে।

কুইনাইন।—রজোহীনতায় কুইনাইন উপকারী। আর্সেনিক, আয়রণ, এলোজ, মার, আর্গটিন, নক্সভমিকা সহ বটিকা বা তিক্তজল সহ ব্যবস্থা করা হয়। কুইনাইন মিউরেট টিংচার ষ্টিল সহ ব্যবস্থা করা যায়।

নক্সভমিকা।—দুর্ব্বলতার জন্য রজোহীনতায় বিশেষ উপকারী। কুইনাইন, আর্সেনিক ও লৌহ সহ ১/২ হইতে ১/২ গ্রেণ মাত্রায় সার তিনবার সেবন করাইবে। আর্গটিন সহও দেওয়া যাইতে পারে। অন্ত্রের দুর্ব্বলতায় অধিক ফল পাওয়া যায়, অথচ রজোহীনতা সহ উক্ত উপসর্গটী প্রায়ই বর্ত্তমান থাকে। লাইকর ষ্ট্রীকনিয়া, গ্লিসিরিণ, লাইকর ফেরি ডায়লাইজড, টিংচার কুইনাইন দ্বারা মিশ্ররূপে প্রয়োগ করাই উৎকৃষ্ট।

আর্গটিন।—ইহা রজোনিঃসারক। কুইনাইন ও নক্সভমিকাসহ ১/২—১ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করা হয়।

বোরাক্স চূর্ণরূপে সেবন করাইলে উপকার হয়। এপিওল আর্গটের অনুরূপ কার্য্য করে। পারম্যাঙ্গেনেট অব পটাস বটিকারূপে সেবন করান হয়। অবস্থানুসারে অন্যান্য ঔষধ ব্যবস্থা করিবে।

ইউটিরাইনসাউণ্ড প্রবেশ করাইবার পূর্ব্বে অন্তঃসত্ত্বাবস্থা কি না, তৎসম্বন্ধে নিঃসন্দেহ হওয়া আবশ্যক। কোন কোন চিকিৎসক এমেনোরিয়ার চিকিৎসায় সাউণ্ড প্রবেশ করাইতে উপদেশ দেন। ইলেক্‌ট্রিসিটী, গ্যালভ্যানিক ষ্টেম এবং পেশারী দ্বারাও ...

৫২ নং চিত্র। নিবলনের গ্যালভেনিক ষ্টেমস্।

গ্যালভেনিক ষ্টেম্ প্রয়োগের পূর্ব্বে জরায়ু-গ্রীবা প্রসারিত করতঃ উত্তানভাবে স্থাপন, ডকবিল স্পেকুলম প্রবেশিত ও হুকদ্বারা গ্রীবা স্থির করার পর ফরসেপসের সাহায্যে ষ্টেমস্ প্রবেশ করাইয়া গ্লিসিরিণ স্যালিসিলিক তুলার পুঁটলী প্রয়োগ করিতে হয়। ষ্টেম এমত দীর্ঘ হওয়া উচিত নহে যে, ফণ্ডস স্পর্শ করে। বেদনা উপস্থিত হইলে ষ্টেম বহির্গত করিবে। স্বতঃ বহির্গত হইলে পুনর্ব্বার প্রবেশ করাইবে। স্রাবদ্বারা ষ্টেম কোমল ও ক্ষয় না হয়, তাহা লক্ষ্য করা উচিত।

সেণ্টরাফল ওয়াইন।—এক আউন্স বা তদপেক্ষা অল্পমাত্রায় অন্য কোন পথ্যের সহিত তিনবার সেবন করাইতে আরম্ভ করতঃ ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

এলেট্রিস ফেরিনোসা।—রজঃকৃচ্ছ্রতা সহ রক্তহীনতা বর্ত্তমান থাকিলে ২০—৩০ বিন্দু মাত্রায় তরল সার, একক বা টিংচার ডিজিটেলিস সহ সেবন করাইলে উপকার হয়।

ভিবারনাম প্রুনিফোলিয়ম।—টিংচার বা তরলসার সহ এলেট্রিস ও হাইড্রেষ্টিস্ সহ মিশ্রিত করিয়া সেবন করাইলেও সুফল হইতে পারে।

ডাই অক্সাইড অব্ ম্যাঙ্গেনিস্।—দুই গ্রেণ মাত্রার ট্যাবলেট বা বটিকা প্রত্যহ তিনবার সেবন করাইলে রক্তহীনতা জন্য রজোহীনতায় বিশেষ উপকার হয়।

লাইকর কলফিলিএট পলূসেটিলা।—রজঃকৃচ্ছ্রতা সহ রজোহীনতা বর্ত্তমান থাকিলে সেলেরিনা সহ প্রয়োগ করিলে রজোনিঃসারক রূপে কার্য্য করে।

সেলেরিনা।—আর্ত্তবস্রাব সংক্রান্ত গোলযোগ এবং দুর্ব্বলতায় প্রয়োগ করিলে উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া যায়। ডর্সফোর্ডস এসিড ফসফেট সলিউসন বা• ফেলোর সিরপ সহ সেবন করান উচিত। সেলেরী, কোকা, কোলা এবং ভিবারনাম দ্বারা সেলেরিনা (৫ গ্রেণ—১ ড্রাম) প্রস্তুত।

স্যাণ্টোনিন।—দশ গ্রেণ মাত্রায় রজোনিঃসারক।

সিউইড এসেন্স এবং স্নান —এক পোয়া এসেন্স, এক মণ জলসহ মিশ্রিত করতঃ সেই জল দ্বারা স্নান উপকারী।

ম্যাসাজ।—রজোহীনতা এবং রজঃকৃচ্ছ্রতা উভয়ের পক্ষেই উপকারী। নিতম্ব, কটি এবং তাহার নিম্ন পশ্চাতে প্রয়োগ করা উচিত। এতৎসহ গ্যালভ্যানিজম এবং উষ্ণ ঔষধীয় স্নান ব্যবস্থা করিলে অধিক উপকার হয়।

সেনেসিও।—সার বা টিংচার সেবন করাইলে রজঃ নিঃসরণ হয়। তিন গ্রেণ মাত্রায় সার বটিকা রূপে প্রত্যহ তিনবার ব্যবস্থা করিবে।•

পঞ্চম অধ্যায়।

কষ্টরজঃ বা বাধক।

(Dysmenorrhœa).

বেদনা সম্বন্ধে সাধারণ মন্তব্য।

বেদনাযুক্ত আৰ্ত্তবস্রাব বাধক নামে উক্ত হয়। রক্তাধিক্য, অব-রোধ ও স্নায়বীয় বেদনার অবস্থা, ইহাদিগের সকলের সহিত ন্যূনাধিক আক্ষেপ এবং নিয়ত একই স্থলে উক্ত লক্ষণ সমূহ বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায়। এক শ্রেণীর এরূপ বিস্তর রোগিণী দেখা যায় যে, তাহা-দিগের আৰ্ত্তব স্রাব অল্প বা বন্ধ ও শোণিতহীনতা বর্ত্তমান থাকে, বেদনা কেবল আনুষঙ্গিক মাত্র। অপর শ্রেণীর রোগিণীদিগের শোণিত-পূর্ণতা এবং রক্তাধিক্য বর্ত্তমান থাকে। বেদনা দ্বারা ভিন্ন ভিন্ন স্থান আক্রান্ত হয়। অণ্ডাধারের পীড়ার জন্য কুচকীর উপরে এবং উরুর অভ্যন্তর পার্শ্বে, এবং জরায়ুই যদি রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার প্রধান স্থল হয় তবে কটিদেশের পশ্চাতে ও উদরের নিম্নাংশে বেদনা অনুভূত হয়। পুরাতন রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ায় স্থানিক বেদনাসহ মস্তক, বক্ষঃ এবং উদরেও প্রত্যা-বর্ত্তক স্নায়বীয় বেদনা অল্পাধিক বর্ত্তমান থাকে। বেদনার প্রকৃতি এবং আরম্ভ সময়ের কোনরূপ স্থিরনিশ্চয়তা নাই। আৰ্ত্তবস্রাব আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্বে শারীরিক সামান্য প্রকৃতির সাধারণ অসুস্থতা সহ কটি-দেশের পশ্চাতে বা পার্শ্বে বেদনা অল্প বৃদ্ধি হইয়া স্রাব আরম্ভ হওয়ার পর বিলুপ্ত হইতে পারে, আবার কখন বা প্রসব-বেদনার ন্যায় প্রবল অব্যক্ত যন্ত্রণাত্মক বেদনা উপস্থিত হয়। স্রাব আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্বে বেদনা আরম্ভ হইয়া স্রাব আরম্ভ হইলেই তাহা নিবৃত্ত হইতে কিম্বা

সমস্ত স্রাবকালে বর্ত্তমান থাকিয়া রোগিণীর মানসিক এবং শারীরিক শক্তিকে অবসাদগ্রস্তা করিতে পারে। এইরূপ বেদনার যন্ত্রণায় রোগিণী অধৈর্য্যা হওতঃ রোদন করে। পুনঃ পুনঃ এইরূপ হইতে থাকিলে স্থায়ী মনোবিকার হওয়ার সম্ভাবনা। তজ্জন্য অনেক সময়ে এই শ্রেণীর বেদনা বায়ুর বেদনা অর্থাৎ হিষ্টিরিকেল পেইন সংজ্ঞা দেওয়া হইয়া থাকে।

কোন কোন স্থলের বর্ণিত বেদনা যে হিষ্টিরিয়ার মধ্যে পরিগণিত হইতে পারে, তৎসম্বন্ধে কোন সন্দেহ নাই। এই বেদনার প্রকৃতি স্নায়বীয়। পীড়িতার দুর্ব্বল স্নায়ু-মণ্ডল প্রবল বা দীর্ঘকাল স্থায়ী বেদনা সহ্য করিতে অক্ষম হওয়ায় মানসিক প্রকৃতি বিকৃত হয়, তাহারই ফলে রোগিণী অসংযত ভাবায় অতিরঞ্জিতভাবে বেদনার বিষয় ব্যক্ত করিতে বাধ্য হয়। প্রত্যেক আর্ত্তব স্রাবের পূর্ব্বেই উক্তাবস্থা প্রত্যাবর্ত্তন করে। কিন্তু চিকিৎসক যদি এই বেদনা অযথার্থ বা মনঃকল্পিত বিবেচনাপূর্ব্বক রোগিণীকে কল্পনাপ্রিয়া এবং বেদনা হিষ্টিরিকেল স্থির করেন, তবে বিশেষ ভ্রমে পতিত হন। শ্রেণী নির্দ্দেশক "হিষ্টিরিকেল এবং স্নায়বীয়" এই দুইটী শব্দই চিকিৎসককে চিকিৎসা ক্ষেত্রে কুপথগামী করে। বেদনা যত সামান্যই হউক না কেন, তাহা উপেক্ষা না করিয়া জরায়ু, অণ্ডাধার, শোণিত এবং স্নায়ুমণ্ডলের অবস্থা অনুসন্ধানপূর্ব্বক তাহা দিগের কোনরূপ অসুস্থাবস্থা নির্ণয়ের জন্য যত্ন করাই বিধিসঙ্গত। কারণ বেদনা পূর্ব্বোক্তভাবে ব্যক্ত হওয়া কেবল মানসিক দুর্ব্বলতার ফল মাত্র।

এরূপ ঘটনাও লিপিবদ্ধ আছে যে, কোন রোগিণীর অণ্ডাধারের রজঃকৃচ্ছ্রতা, কেবলমাত্র অণ্ডাধারের উচ্ছেদ অস্ত্রোপচারের ভাণ করায় সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইতে দেখা গিয়াছে—রোগিণীকে ক্লোরফরমে অচৈতন্যা করিয়া উদরের নিম্নাংশের ত্বগুপরি কর্ত্তন করতঃ পরবর্ত্তী

চিকিৎসা করিয়া তাহাকে দেখান হয় যে, উফরেক্টমী (Oophorectomy) অস্ত্রোপচার যথারীতি সম্পন্ন করা হইয়াছে। রোগিণীও তাহাই বিশ্বাস করিয়া সুস্থতা লাভ করে। অপর এক শ্রেণীর রোগিণীর অতিরিক্ত মাত্রায় অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে মরফিয়া প্রয়োগ না করিলে অণ্ডাধার ইত্যাদির বেদনা উপশম হয় না, তাহাদিগের মধ্যে কাহাকেও বা কেবলমাত্র জলের পিচকারী প্রয়োগ করায় রজনীতে সুনিদ্রা এবং পরদিবস সুস্থতা লাভ করিতে দেখা গিয়াছে।

সারকোর মতে অণ্ডাধার হইতে হিষ্টিরিয়ার এবং হিষ্টিরোএপিলেপসীর আক্রমণ আরম্ভ হয়। অণ্ডাধারের উপরে সামান্য পরিমাণ সঙ্কাপ প্রয়োগ করিলে "হিষ্টিরিকেল অরার" আরম্ভ এবং অধিক সঙ্কাপে নিবৃত্তি ও আক্ষেপ আরম্ভ হইয়া থাকিলে তাহার ভোগকাল অল্প হয়। কুচ্কীর উপরে মুষ্টি বদ্ধ করিয়া স্থায়ী সঙ্কাপ প্রয়োগ করা উচিত। এইরূপ সঙ্কাপে শোণিতবাহিকা সঙ্কাপিত হওয়ায় জরায়ুর রক্তাবেগ হ্রাস হয়।

রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার বেদনা নাভির নিম্ন হইতে জানুসন্ধির ঊর্দ্ধ পর্যান্ত বিস্তৃত হইতে পারে। অগ্র কপালে বেদনা প্রভৃতি প্রত্যাবর্ত্তক ক্রিয়ার ফল। জেনিটোক্রুরাল স্নায়ুর ক্রুরাল শাখা কর্ত্তৃক উরুর অভ্যন্তরাংশের যে স্থান প্রতিপালিত হয়, সেই অংশেই অনেক সময়ে বেদনা হয়।

রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার বিশুদ্ধ বৈজ্ঞানিক শ্রেণী বিভাগ হইতে পারে কি না সন্দেহ। কেবল রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা সম্বন্ধে বিশেষ আনুকূল্য হইতে পারে এমতভাবে স্থূলতঃ শ্রেণী বিভক্ত হয়। চিকিৎসা সময়ে ইহাই বিবেচনা কর্ত্তব্য যে, রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার কারণ সমূহ জরায়ু অপেক্ষা অণ্ডাধারে ও তৎসংশ্লিষ্ট বিধানেই বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা। বেদনা অণ্ডাধারের বেদনার প্রকৃতিবিশিষ্ট হইলে, অণ্ডাধারের রক্তাধিক্য, স্ফীতাবস্থা, চৈতন্যাধিক্য এবং স্থানভ্রষ্টতার বিষয় অনুসন্ধান

করা উচিত। ব্রডলিগামেণ্ট এবং অণ্ডবহানলেও সংযোগ, রস সঞ্চয়, স্থানিক স্ফীততা, বর্ত্তমান থাকিতে পারে। কিম্বা জরায়ু পরীক্ষা করিলে তাহার গ্রীবার রক্তাধিক্য, গহ্বরের সঙ্কুচিতাবস্থা, স্থানভ্রষ্টতা বা হ্রস্বতা, গ্রীবার এবং কণ্ডসের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহাবস্থা দৃষ্টে উপযুক্ত কারণ স্থির হইতে পারে। জরায়ু এবং অণ্ডাধার পরস্পর অতি নিকট সম্বন্ধে সম্বদ্ধ, সুতরাং একের পীড়ায় অপরেও পীড়িত হয়। তজ্জন্য অণ্ডাধারের ও জরায়ুর রজঃকৃচ্ছ্রতার পার্থক্য হইতে পারে না। অপর এক শ্রেণীর রোগিণী দেখা যায় তাহাদিগের জরায়ু ও অণ্ডাধারের আয়তন, গঠন, অবস্থান ও মধ্যস্থিত রন্ধ্র স্বাভাবিক, এবং অন্য যন্ত্রের সহিত আবদ্ধও নহে। এইরূপ স্থলে বেদনার কারণ কেবল শোণিত সঞ্চালন কিম্বা স্নায়ুমণ্ডলের মন্দাবস্থার প্রতি নির্ভর করে। কোন স্থানে রক্তাল্পতা এবং কোন স্থানে বা রক্তাধিক্য জন্য বেদনা হয়। অণ্ডাধারের উপরে দৃঢ়ভাবে সঞ্চাপ প্রয়োগ করিলে বেদনার হ্রাস হওয়া ওভেরিয়ান প্লেক্সাস এবং পেলভিক স্নায়ুর গণিত কার্য্যের ফল।

রক্তাধিক্য এবং অবরোধজনিত রজঃকৃচ্ছ্রতা।

(Congestive and Obstructive Dysmenorrhœa).

রক্তাধিক্য জনিত রজঃকৃচ্ছ্রতার পূর্ব্ববর্ত্তী কারণ।—শোণিতপূর্ণ দেহ, আর্ত্তবস্রাব রোধ বা আর্ত্তবস্রাব উৎপন্ন রোগ। জরায়ু এবং তাহার অভ্যন্তর ঝিল্লির প্রদাহ, জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা, অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, সৌত্রিক অর্ব্বুদ, পলিপস। হৃৎপিণ্ড ও যকৃতের কোন কোন পীড়া।

লক্ষণ।—স্রাবের সঙ্গে সঙ্গেই বস্তিগহ্বরের বেদনা আরম্ভ হয়। প্রথমে, বিশেষতঃ প্রথম ২৪ ঘণ্টা কাল বেদনা প্রবল থাকে। কখন কখন যে কয়েক দিবস স্রাব হয়, সেই কয়েক দিবস বেদনা বর্ত্তমান

থাকে। বেদনার সঙ্গে সঙ্গে সার্ব্বাঙ্গিক অসুস্থতাও বর্ত্তমান থাকিতে পারে। জরায়ু স্ফীত, টনটনে; বাহ্য সঙ্কাপে এবং আভ্যন্তরিক অঙ্গুলী পরীক্ষায় চৈতন্যাধিক্য অনুমিত হয়। স্পেকুলম প্রবেশ করাইলে বিশেষ প্রকৃতির স্রাব দ্বারা জরায়ু মুখ আবদ্ধ দেখা যায়। কখন বা উক্ত স্রাব মুখে সংলগ্ন থাকিয়া ঝুলিতে থাকে।

অবরোধজ রজঃকৃচ্ছ্রতার পূর্ব্ববর্তীর কারণ।—আজন্ম বিকৃতি বা জরায়ু-মুখ এবং গ্রীবার রন্ধ্র সঙ্কুচিত থাকিলে যান্ত্রিক প্রণালীতে অবরোধ উপস্থিত হয়। জরায়ু স্থানভ্রষ্ট হইলে ছিদ্র সঙ্কীর্ণ ও বক্র হওয়ায় জরায়ু-গঠনের কোষিক বিধান মধ্যে রস সঞ্চয় হওয়ার ফলে সঙ্কোচন ও বিবৃদ্ধি, অস্ত্রোপচার জন্য সঙ্কোচন, পলিপস, সৌত্রিক অর্ব্বুদ।

লক্ষণ।—বস্তিগহ্বরের নানারূপ বেদনা—প্রবল বা সামান্য, অত্যন্ত যন্ত্রণাদায়ক, বা অন্য প্রকৃতির। বেদনা একটী প্রধান লক্ষণ। আর্ত্তব স্রাব আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্বেই আরম্ভ হয় এবং স্রাবের সঙ্গে সঙ্গে বেদনা বৃদ্ধি হয়। এতৎসহ . . . রূপ সার্ব্বাঙ্গিক বৈকল্য, প্রবল শিরঃপীড়া, পাকস্থলীর অসুস্থতা উপস্থিত হইতে দেখা যায়। পুনঃ পুনঃ এইরূপ হইতে থাকিলে মানসিক দুর্ব্বলতা জন্য মনোবিকার বা উন্মত্ততা উপস্থিত হইতে পারে। বস্তিগহ্বরস্থিত অন্ত্রাবরক ঝিল্লির পীড়ার লক্ষণ প্রায়শঃ উপস্থিত থাকে। আর্ত্তব স্রাবের গতিরোধ ও বস্তিগহ্বরে শোণিত সঞ্চয়, অণ্ডাধারে উত্তেজনা, বেদনা ও চৈতন্যাধিক্য, জরায়ু শূল ও আক্ষেপ; হিষ্টিরিয়া প্রবণতা; স্নায়বীয় বেদনা; নাসিকা বা অন্য স্থান হইতে শোণিত স্রাব, রেটিনা মধ্যে শোণিতস্রাব হইতে পারে।

শোণিতের হীনাবস্থা হওয়ায় রোগিণীর রক্তাল্পতার সাধারণ লক্ষণ—ত্বকের বিবর্ণত্ব প্রভৃতি উপস্থিত হইতে পারে। সঙ্গমেন্দ্রিয়ের

উদ্দীপনা, রক্তাবেগ এবং ক্রিয়াধিক্য উপস্থিত না হওয়া পর্য্যন্ত বর্ণিত লক্ষণ সমূহের অনেকগুলি নিবৃত্ত থাকার সম্ভাবনা। সঙ্গম সংস্রবেই বেদনা এবং অন্যান্য লক্ষণ প্রবলভাব ধারণ করে।

আক্ষেপজ রজঃকৃচ্ছ্র (Spasmodic Dysmenorrhoea)।— জরায়ু গ্রীবার সংযোগ স্থলের পৈশিক সূত্রের আক্ষেপ জন্য আর্ত্তবস্রাব সহ বেদনা উপস্থিত হয়। বেদনা আক্ষেপ-প্রকৃতি বিশিষ্ট। কেবল জরায়ুতেই বেদনা হয়। প্রথম আর্ত্তবস্রাবের সঙ্গে সঙ্গে বেদনা আরম্ভ হইয়া দীর্ঘকাল স্থায়ী হয় বহু প্রসূতারও এই পীড়া হইতে পারে। আর্ত্তবস্রাবের প্রথম ২৪ ঘণ্টাই বেদনা প্রবল থাকে, তৎপর নিবৃত্তি বা হ্রাস হয় অধিক বয়সে প্রায় থাকে না। সঙ্গম জন্য বেদনা প্রবল হয়। সাধারণতঃ সন্তান হওয়ার পর আর পীড়া হয় না। যে সকল বালিকা রক্তাল্পতা-পীড়াগ্রস্তা, তাহারাই প্রায় এই শ্রেণীর রজঃকৃচ্ছ্র পীড়া দ্বারা আক্রান্তা, এবং বন্ধ্যা হইয়া থাকিলে ক্রমে পীড়া প্রবল হয়।

ডাক্তার ম্যাকনাটোনজোন্স মহাশয় আক্ষেপজ রজঃকৃচ্ছ্র পীড়া শ্রেণী বিভাগ মধ্যে পরিগণিত করেন না তাঁহার মতে বেদনা আক্ষেপ-জন্য না হইয়া অবরোধ প্রভৃতি অন্য কারণে হইয়া থাকে। যে স্থানে আক্ষেপ বর্ত্তমান থাকে, তাহার পূর্ব্বে অবরোধ প্রভৃতি অন্য কারণ বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায়। সকল শ্রেণীর রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার সহিত আক্ষেপ বর্ত্তমান থাকে, সুতরাং আক্ষেপ কারণস্বরূপ না হইয়া লক্ষণ স্বরূপ হয়। কোন কোন স্থলে অবরোধ প্রভৃতি নির্ণয় করিতে অকৃত-কার্য্য হই সত্য, কিন্তু জরায়ু, অণ্ডাধার এবং অণ্ডবহ নলের যেরূপ ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ, তাহাতে কোন স্থানে অজ্ঞাতভাবে অবরোধ প্রভৃতি বর্ত্তমান থাকা আশ্চর্য্য নহে। রক্তাধিক্য জন্য অবরোধ উপস্থিত, আবার অবরোধ জন্য স্রাব বন্ধ হওয়ায় রক্তাধিক্য উপস্থিত হয়, সুতরাং অধিকাংশ স্থলেই উক্ত উভয় অবস্থা বর্ত্তমান থাকে। জরায়ুর স্থূলতা,

স্থানভ্রষ্টতা, হাইপোপ্ল্যাষ্টিক রস সঞ্চয়, সৌত্রিক অর্ব্বুদের বৃদ্ধি এবং অভ্যন্তরংপ্রদাহ—এই সমস্ত অবস্থাতেই জরায়ু গহ্বর সঙ্কুচিত হইয়া থাকে—ক্ষুদ্র পলিপস্ কেবল স্রাবের পথরোধ করে মাত্র কিন্তু তজ্জন্য গহ্বর সঙ্কুচিত হয় না। রজঃকৃচ্ছ্র-পীড়াক্রান্তা অধিকাংশ রোগিণীর পীড়ার কারণ কেবলমাত্র ঐরূপ ক্ষুদ্র পলিপস্। আমরা রোগ নির্ণয় সম্বন্ধে এই ক্ষুদ্র পলিপসকে গণনার মধ্যে পরিগণিত করি না বলিয়া অনেক স্থলেই জরায়ুগ্রীবা প্রসারণপূর্ব্বক জরায়ু গহ্বরের অভ্যন্তর পরীক্ষা করা হয় না—এইরূপ প্রসারণ যে কেবল রোগনির্ণয় পক্ষেই আবশ্যকীয়, তাহা নহে, পরন্তু চিকিৎসার পক্ষেও বিশেষ আবশ্যকীয়।

আর্ত্তবস্রাব সময়ে জরায়ু প্রভৃতিতে রক্তাবেশ উপস্থিত হয়। ঐরূপ রক্তাবেগে সুস্থ বিধান সহজে প্রসারিত হয় তজ্জন্য বেদনা উপস্থিত হয় না। কিন্তু পীড়িত বিধান তদ্রূপ প্রসারিত হইতে পারে না তজ্জন্য তন্মধ্যস্থিত শোণিতবাহিকা প্রসারিত হইলে স্নায়ু অন্ত শোণিত সঞ্চাপে সঞ্চাপিত হওয়ায় বেদনা উপস্থিত হয়।

ম্যাথিউজ ডনকান এবং জন ফিলিপস্ প্রভৃতি লেখকগণ আক্ষেপজ রজঃকৃচ্ছ্র পীড়া শ্রেণী বিভাগ মধ্যে পরিগণিত করেন। এই মতের পক্ষে বলা হয়—

১। যে সকল স্ত্রীলোকের জরায়ু সুস্থ, তাহাদিগের অধিকাংশেরই রজঃকৃচ্ছ্র পীড়া হয় না।

২। রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার প্রবল সময়ে ৮নং বুজী সহজে প্রবেশ করান যায়। বুজী প্রবিষ্ট করার সময়ে বেদনা উপস্থিত হয় সত্য কিন্তু তাহা অবরোধ জন্য না হইয়া গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের অত্যন্ত চৈতন্যাধিক্য জন্য হয়।

৩। কোন রোগিণীর একবার আর্ত্তবস্রাব সময়ে প্রবল বেদনা হয়। হয়ত তাহার পরবর্ত্তী আর্ত্তবস্রাব সহজভাবে হয়। ইহার কোন কারণই অনুভব করা যায় না।

৪। স্রাব আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্বেই বেদনা আরম্ভ হইয়া স্রাব হইলে তৎপর [illegible]ভাব ধারণ করিয়া পরিশেষে ক্রমে হ্রাস হয়।

৫। জরায়ুমুখ সূচীবৎ সূক্ষ্ম হইলেও অনেকস্থলে বেদনা থাকে না। যদি থাকে তাহাও অন্য স্থানের কারণ বশতঃ।

৬। সাধারণ হিসাবে প্রতি মিনিটে অর্দ্ধ বিন্দুমাত্র আর্ত্তব শোণিত নির্গত হয়। সুতরাং জরায়ুমুখ যৎ সূক্ষ্মই হউক না কেন, তদ্রূপ স্রাবের অবরোধ কখনই সম্ভব হইতে পারে না।

৭। আক্ষেপনিবারক ঔষধ দ্বারা যন্ত্রণার উপশম এবং স্রাব যথেষ্ট হয়।

এই সমস্ত দৃষ্টান্ত দ্বারা ইহাই প্রতিপন্ন হইতেছে যে, রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার কারণ অবরোধ না হইয়া আক্ষেপ হওয়াই সম্ভব।

জরায়ুর অভ্যন্তর মুখে শলাকা প্রবেশ করাইয়া তাহা বহির্গত করার সময়ে যদি আটকাইয়া ধরে, তবে বুঝিতে হইবে যে, সংকীর্ণতা বর্ত্তমান রহিয়াছে। দীর্ঘকাল পীড়া ভোগ করিলে জরায়ু বর্দ্ধিত হয় কিন্তু তাহার কারণ অবরোধ না হইয়া দৈহিক ক্রিয়া হওয়ার সম্ভাবনা।

রক্তহীনা বালিকাদিগের এই শ্রেণীর পীড়া অধিক হওয়ার কারণ কেবল অসম্পূর্ণ বর্দ্ধন এবং অসম্পূর্ণ পরিপোষণ।

এইরূপ ভিন্ন ভিন্ন মত প্রচলিত আছে।

রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার সাধারণ চিকিৎসা।—বেদনার কারণের প্রতি দৃষ্টি করিয়া রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার চিকিৎসা কর্ত্তব্য। সাধারণিক অবস্থা এবং স্থানিক বিকৃতি, উভয়ই অনুসন্ধানপূর্ব্বক কারণ স্থির করা বিধেয়। সর্ব্বপ্রথমে রক্তাধিক্য, রক্তাল্পতা, ক্লোরসিস্, অজীর্ণ, বাত, হিষ্টিরিয়া, কোষ্ঠবদ্ধতা ও অপর যে সকল কারণে শোণিত নিস্তেজ এবং সাধারণ স্বাস্থ্য ভঙ্গ হয়, তাহা সংশোধন করা কর্ত্তব্য।—কি প্রণালীতে চিকিৎসা করিলে উক্ত উদ্দেশ্য সফল হইতে পারে, তাহা

রজোহীনতার চিকিৎসা বিবরণে বিবৃত করা হইয়াছে—জল, বায়ু, খাদ্য, শয়ন পরিচ্ছদ, পরিশ্রম, কদভ্যাস, ব্যবসায় এবং কোনরূপ উত্তেজনা প্রভৃতির প্রতি লক্ষ্য করতঃ তাহা পীড়ার কারণস্বরূপ বিবেচিত হইলে তাহার প্রতিবিধান কর্ত্তব্য। জলবায়ু পরিবর্ত্তন, উপযুক্ত পরিশ্রম, যথোপযুক্ত পুষ্টিকর পথ্য এবং কোষ্ঠ পরিষ্কারের বিষয়ে মনোনিবেশ করিলে অনেকস্থলেই সুফল প্রাপ্ত হওয়া যায়।

রক্তহীনাবস্থায় আর্সেনিক, আয়রণ এবং কুইনাইন প্রভৃতি ব্যবস্থা কর্ত্তব্য। তাহাও পূর্ব্বে উল্লেখ করা হইয়াছে।

বাত ধাতু প্রকৃতিই রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার কারণ স্বরূপ বিবেচিত হইলে পটাশিয়ম, লিথিয়া, সোডা, ম্যাঙ্গেনিস প্রভৃতির লবণ উপকারী। ব্রোমাইড অফ্ পটাশ এবং ব্রোমাইড অফ্ এমোনিয়া সহ কলসিকম বা গোয়েকম প্রয়োগ করিলে অধিক উপকার হয়। পাইপারাজিন এবং ইউরিসিডিন বিশেষ উপকারী। স্যালিসিলেট অফ্ কুইনাইন, লিথিয়া বা সোডা, কিম্বা আইওডাইড অফ্ পটাশ, ব্রোমাইড অফ্ পটাশ ও ব্রোমাইড অফ্ এমোনিয়া প্রয়োগ করিলেও সুফল হয়। বক্সটন, বাথ চেলটনহাম, হেরোগেট প্রভৃতি জল উপকারী। অন্ত্রমণ্ডলের দুর্ব্বলতার জন্য উদরাধ্মান হইলে টিংচার নক্সভমিকা, গ্লিসিরিণ, টিংচার ক্লোরফরম কম্পাউণ্ড প্রভৃতি বায়ুনাশক ঔষধ দ্বারা উপকার হয়। পাকস্থলীর অম্লাধিক্যে বিসমথের প্রয়োগরূপ, কার্ব্বনেট অফ্ সোডা, পেপেন, পেপসিন্, ল্যাক্টো-পেপটিন প্রভৃতি সেবন করাইবে।

বিরেচক।—কোষ্ঠ বদ্ধ থাকিলে মৃদু বিরেচক ঔষধ সেবন করাইতে ইতস্ততঃ করা অনুচিত। আবশ্যক হইলে পিচকারী প্রয়োগ করিয়া মল বহির্গত করান উচিত। সাধারণতঃ পলবিস গ্লাইসিরাইজা কম্পাউণ্ড ত্রিশ গ্রেণ মাত্রায় সেবন করাইলে সহজে কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়।

মৃদু বিরেচন জন্য গ্লিসিরিণের পিচকারী ও সপোজিটরী উৎকৃষ্ট

উপায়। ℥ss—℥i গ্লিসিরিণ রেক্‌টাল গ্লিসিরিণ পিচকারী দ্বারা প্রয়োগ করা উচিত। গ্লিসিরিণের সপোজিটরী কাকোওবাটার দ্বারা এবং ওটম্যানের সপোজিটরী সোপ, গ্লিসিরিণ ও স্যামনাসক্র্যাঙ্গুলা দ্বারা প্রস্তুত। ℥ss—℥i গ্লিসিরিণ সম পরিমাণ জলের সহিত মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলেও কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়। একটী ক্ষুদ্র পিচকারীর মুখে রবারের সূক্ষ্ম দীর্ঘ নল সংযোগ করতঃ উপযুক্ত মাত্রায় গ্লিসিরিণ পূর্ণ করিয়া রোগিণী স্বয়ং মলদ্বারে নল প্রবিষ্ট করিয়া পিচকারী প্রয়োগ করিতে পারে। উত্তানভাবে শয়ন করিয়া এইরূপে পিচকারী প্রয়োগ করা উচিত। গ্লিসিরিণ পিচকারী প্রয়োগ করিলে সময়ে সময়ে সরলান্ত্রে জ্বালা উপস্থিত হয়।

রুবিনেট (Rubinat) ওয়াটার উৎকৃষ্ট মৃদু বিরেচক। রাত্রিতে ক্যাসকেরা স্তাগরেডার টেবলইড সেবন করাইয়া প্রাতে দেড় আউন্স রুবিনেট জল, অর্দ্ধ আউন্স উষ্ণ জল সহ মিশ্রিত করিয়া পান করাইবে। সলফোভাইনেট সোডাও উৎকৃষ্ট। গর্ভাবস্থায় প্রয়োগ করা যাইতে পারে, দুই ড্রাম পরিমাণ উক্ত সোডা লেমন সিরাপ এক ড্রাম এক পোয়া সেণ্টজারজল মিশ্রিত করিয়া পান করাইবে।

ফ্রেডরিকস হল, ভিক্টোরিয়া প্রভৃতি লাবণিক জল পান করাইলেও কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়। প্রাতঃকালে উষ্ণ জল মিশ্রিত করিয়া পান করান কর্ত্তব্য। একষ্ট্রাক্ট ক্যাসকেরা সেবন করাইলেও সুফল হইতে দেখা যায়।

℞ একষ্ট্রাক্ট ক্যাসকেরা স্তাগরেডা লিকুইড ... ℥i
গ্লিসিরিণ ... ... ℥i
জল ... ... ℥vi

মিশ্র। মাত্রা—℥ss। এই ঔষধ সেবন করার পরেই এক গেলাস উষ্ণ চা বা দুগ্ধ পান করিলে উত্তমরূপে কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়। পূর্ব্ব

রজনীতে মৃদু প্রকৃতির বিরেচক বটিকা সেবন করাইয়া রাখিলে উৎকৃষ্ট ফল হওয়ার সম্ভাবনা।

প্রত্যহ মলত্যাগ করার জন্য অভ্যাস করা কর্ত্তব্য। উদরের উপরি হস্ত চালনা, ভোজনান্তে শীতল জল পান, রজনীতে উষ্ণ জলসিক্ত গামছা দ্বারা উদর পরিবেষ্টন, এবং সময়োচিত বিশেষ ফলাদি ভক্ষণ করিলেও কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়।

অতি বিরেচক ঔষধ ও প্রত্যহই বিরেচক বটিকা সেবন অনিষ্টকর।

মলদ্বারের সঙ্কোচক পেশী সবলে প্রসারিত করিয়া দিলে কোষ্ঠবদ্ধের স্বভাব পরিবর্ত্তিত হইয়া স্বাভাবিকরূপে কোষ্ঠ পরিষ্কার হইতে থাকে। ক্লোরফরম দ্বারা সংজ্ঞাহীন করতঃ উক্ত পেশী প্রসারিত করা কর্ত্তব্য। ঔষধে কোন উপকার না হইলেই এই অস্ত্রোপচার করা উচিত।

বেদনা কেবল জরায়ুর স্থানে এবং স্নায়বীয় প্রকৃতিবিশিষ্ট হইলে ব্রোমাইড অব সোডিয়ম, পটাশিয়ম এবং এমোনিয়ম সেবন করাইলে উপকার হয়। পটাশ ব্রোমাইড ১২ গ্রেণ সহ হাইড্রেট অব ক্লোরাল ১২ গ্রেণ মিশ্রিত করিয়া চারি ঘণ্টা পর পর সেবন করাইলে বেদনা নিবারিত হয়। এই ঔষধ পিচকারী দ্বারা মলদ্বারেও প্রয়োগ করা যাইতে পারে। টিংচার বা এক্স্ট্রাক্ট ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা, ট্যানেট অব্ ক্যানাবিন, হিমিউলাস্ লুপুলাস্, ক্যাষ্টর, লুপুলিন, মনোব্রোমেট অফ্ ক্যাম্ফার, এপিওল, নেপন্থ বা কোডেনা প্রয়োগ উপকারী। সাধারণতঃ শয়ন সময়ে সেবন করান উচিত। মর্ফিয়া অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে প্রয়োগ করিলেও বেদনার নিবৃত্তি হয়। আলকাতরা হইতে প্রস্তুত এণ্টিপাইরিন, এণ্টিফেব্রিণ, এনলজিন, এণ্টিকামনী, এমলাগুনোল প্রভৃতি প্রয়োগ করিয়াও সুফল লাভ করা গিয়াছে। সালফোনাল এবং ট্রাইওনাল উৎকৃষ্ট নিদ্রাকারক ঔষধ। হিষ্টিরিয়া রোগাক্রান্তা হইলে এই ঔষধ প্রয়োগে উত্তম নিদ্রা হয়। বিশ

হইতে ত্রিশ গ্রেণ মাত্রায় ক্লোরাল্ অ্যাসিড সেবন করাইলেও সুনিদ্রা হয়। নিদ্রাভঙ্গের পর কোনরূপ মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হয় না।

স্নায়বীয় এবং হিষ্টিরিকেল—পীড়ার যন্ত্রণা উপশমের জন্য অধস্ত্বাধিক প্রণালীতে মর্ফিয়া প্রয়োগ করা হয়। সামান্য উপকারও হয় সত্য কিন্তু অনেক চিকিৎসক মর্ফিয়া প্রয়োগের বিরোধী। তাঁহাদের মতে শীঘ্রই মর্ফিয়া অভ্যস্ত হইয়া যায়। এইরূপ অভ্যাসের যে সমস্ত কুফল হওয়া সম্ভব, তৎসমস্ত হওয়ার আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে। রোগিণীর ধাতু প্রকৃতি স্নায়বীয় বা রসপ্রধান হইলে সে সহজেই মর্ফিয়ার বিষক্রিয়া অনুভব করিয়া থাকে। অধিক সময় মর্ফিয়া প্রয়োগ করিলে নিয়মিত আর্ত্তবস্রাব রোধ এবং বন্ধ্যাত্ব উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। পরন্তু ভ্রূণেও উহার ক্রিয়া প্রকাশ হইতে পারে। প্যারল্ডিহাইড এক ড্রাম মাত্রায়, বা ক্লোরাল অ্যাসিড ও ইউরিথান ২০—৩০ গ্রেণ মাত্রায় সেবন করাইলেও নিদ্রা হয়, কিন্তু বেদনা নিবারণ হয় না। স্থানিক বৈদ্যুতিক স্রোত প্রত্যহ প্রয়োগ করিলেও উপকার হয়। পিগমেন্ট অফ আইওডিন সহ বেলাডোনা বা

℞ ক্লোরফরম	...	... ʒiv
এক্‌ষ্ট্রাক্ট বেলাডোনা...	...	ʒii
টিংচার একোনাইট ...	..	ʒiv
ক্যাম্ফার	..	.. ʒii
ম্যাষ্টিক	...	... ʒiii
স্পিরিট রেক্‌টিফাই	...	... ℥i

একত্র মিশ্রিত করতঃ তুলী দ্বারা অণ্ডাধারের স্থানে প্রলেপ দিলে উপকার হয়। অণ্ডাধারের উপরে ক্লোরফরম প্রয়োগ করিয়া ওয়াচ গ্লাস দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিলে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফোস্কা হয়। ইহাতেও বেদনার উপশম হয়। কিন্তু স্নায়বীয় রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার চিকিৎসার পক্ষে স্থানিক

ঔষধ প্রয়োগ অপেক্ষা সাধারণ স্বাস্থ্যের দিকে লক্ষ্য রাখাই বিশেষ কর্ত্তব্য। উভয় আর্ত্তবস্রাবের মধ্যবর্ত্তিসময়ে পীড়ার প্রকৃত কারণানুসন্ধান করা উচিত। কুইনাইন, আর্সেনিক, বার্ক, ধাতব অম্ল, ষ্ট্রীকনিন, জিঙ্কের প্রয়োগরূপ, রক্তহীনতার জন্য লৌহ, এবং রক্তাধিক্যে বিরেচন জন্য ধাতব অম্লাক্ত জল ব্যবস্থা করা আবশ্যক। রোগিণী হিষ্টিরিয়ার প্রকৃতিবিশিষ্টা হইলে ব্রোমাইড সহ ভেলেরিয়ান, এসাফেটিডা, গ্যালবেনাম সেবন করাইবে। পথ্যের প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখা আবশ্যক। সমস্ত উত্তেজনার কারণ দূরীভূত করতঃ সন্তুষ্ট রাখিতে যত্ন করিবে। পরিমিত পরিশ্রম আবশ্যক। সকল বিষয়ে মনোযোগী না হইলে কখন চিকিৎসায় সুফল হইতে পারে না। সাধারণ চিকিৎসার উপায় ব্যর্থ হইলে জননেন্দ্রিয় পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য, নতুবা জননেন্দ্রিয় পরীক্ষা করা অনুচিত। উভয় আর্ত্তবস্রাবের মধ্যবর্ত্তিসময়ে শ্বেতপ্রদর বর্ত্তমান থাকিলে বোরাক্স, এলাম, সলফো-কার্ব্বলেট অফ জিঙ্ক, কার্ব্বনেট অফ সোডা কিম্বা পারমেঙ্গেনেট অফ পটাশের জল দ্বারা যোনিমধ্যে ডুস প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। সাধারণ চিকিৎসায় উপকার না হইলে এবং যন্ত্রণা দীর্ঘকালস্থায়ী হইলে আভ্যন্তরিক পরীক্ষা করা বিধি। স্থানিক পীড়া বা অস্বাভাবিকাবস্থা বর্ত্তমান থাকিলে তাহার যথোপযুক্ত চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য। অধিক বয়স হইয়া থাকিলে কুমারী স্ত্রীর যোন পরীক্ষায় বিশেষ দোষ হয় না।

রক্তাধিক্য।—দেহে অধিক শোণিত বর্ত্তমান থাকিলে অণ্ডাধারের স্থানে বা মলদ্বারের সন্নিকটে জলৌকা সংলগ্ন করিয়া রক্তমোক্ষণ করিবে। আর্ত্তব স্রাবের অব্যবহিত পূর্ব্বেই রক্তমোক্ষণ করা উচিত। জরায়ুগ্রীবা হইতে রক্তমোক্ষণ করিলেও উপকার হয়। কিন্তু ক্ষুদ্র ছুরিকা বিদ্ধ করিয়া জরায়ু হইতে সহজে অল্প সময় মধ্যে রক্তমোক্ষণ করা যায় সুতরাং তথায় জলৌকা প্রয়োগ না করাই সৎপরামর্শ, বিদ্ধ

করিয়া জরায়ু হইতে রক্তমোক্ষণ করিলে সকল উদ্দেশ্যই সফল হইতে পারে। রক্তাধিক্যাবস্থায় লাবণিক বিরেচক ঔষধ ও লাবণিক বিরেচক জল সেবন করাইলে উপকার হয়। উপযুক্ত পথ্য এবং পরিশ্রম ব্যবস্থা করা উচিত। লৌহ প্রয়োগ নিষেধ। ডিজিটেলিস, ব্রোমাইড ও আইওডাইড অফ্ পটাশ মিশ্র উপকারী। কোন কোন স্থলে ডিজিটেলিসের পরিবর্তে ষ্ট্রেপেন্থস্ ব্যবহার করিলে অধিক উপকার হয়।

স্থানিক রক্তাধিক্যের জন্য রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ায় লুপুলিন, আর্গটিন, এবং একষ্ট্রাক্ট ক্যানাবিস ইণ্ডিকা প্রত্যেকে এক গ্রেণ মাত্রায় বটিকা রূপে দিনে তিনবার সেবন করাইলে উপকার হয়। একবার বটিকা তৎপর ব্রোমাইড ক্লোরাল মিশ্র, তৎপর বটিকা, এইরূপ পর পর সেবন করাইলে অধিক উপকার হওয়ার সম্ভাবনা। উত্তেজক অপকারী। স্থানিক চিকিৎসা প্রণালী স্থানিক অসুস্থাবস্থার উপর নির্ভর করে, জরায়ু ন্যুব্জ বা স্থানভ্রষ্ট হইয়া থাকিলে স্বাভাবিকাবস্থায় স্থাপন করিয়া উপযুক্ত পেশারী প্রয়োগ করিতে হয়। গ্রীবার ছিদ্র সঙ্কুচিত হইয়া থাকিলে প্রথমে বুজি প্রবেশ করাইয়া প্রসারিত করতঃ ষ্টেম পেশারী স্থাপন করা উচিত। সরু বুজী আরম্ভ করতঃ ক্রমে স্থূল বুজী প্রবেশ করাইলেও ছিদ্র বিস্তৃত হয়। ছিদ্র দৃঢ়ভাবে সংকীর্ণ এবং গ্রীবা সূচিকাবৎ সূক্ষ্ম হইলে আর্ত্তব স্রাব বন্ধ হওয়ার দশ দিবস পর গ্রীবা কর্তন করাই সৎপরামর্শ। গ্রীবা কর্তন করার পর গ্লাস বা সেলুলইড ষ্টেম প্রয়োগ করা আবশ্যক। রক্তাধিক্য ও আর্ত্তবস্রাবাল্পতা বর্তমান থাকিলে, গ্যালভেনিক ষ্টেম পেশারী স্থাপন করিলে উপকার হয়। জরায়ুর অভ্যন্তর স্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে প্রদাহ বর্তমান থাকিলে তাহার উপযুক্ত চিকিৎসা করিবে। পলিপস দ্বারা ছিদ্র অবরুদ্ধ হইয়া থাকিলে বা সৌত্রিক অর্ব্বুদ জন্য স্রাব বহির্গত হইতে না পারিলে তাহাদিগের প্রত্যেকের উপযুক্ত চিকিৎসা করা আবশ্যক। রক্তাধিক্য এবং অব-

রোধ—এই উভয় কারণ জাত রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ায় জরায়ু গ্রীবা প্রসারিত করিয়া চিকিৎসা করার প্রণালী অবলম্বন করিতে অনেকে পরামর্শ দেন।

রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার অসহ্য যন্ত্রণার পুনঃ পুনঃ আক্রমণ জন্য রোগিণী অবসন্না হইয়া পড়ায় তাহার জীবন বহন কষ্টকর হইলেও অপর কোন চিকিৎসা দ্বারা যন্ত্রণার প্রতিবিধান না হইলে, পরিশেষে জরায়ু সংশ্লিষ্ট গঠন কর্ত্তন পূর্ব্বক দূরীভূত করার সুফল ও কুফল সমূহ রোগিণীর নিকট প্রকাশ করায় রোগিণী সম্মতা হইলে তৎপর অস্ত্রোপচার সম্পাদন কর্ত্তব্য।

অণ্ডাধার সংশ্লিষ্ট রজঃকৃচ্ছ্র—পীড়ায় আর্ত্তব স্রাব আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্বেই বেদনা আরম্ভ হইলে এবং অণ্ডাধার আক্রমণের নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ—অণ্ডাধারের স্থানে ভারবোধ, টনটনানী ও চৈতন্যাধিক্য বর্ত্তমান থাকিলে যোনির ছাদে এবং সরলান্ত্র মধ্যেও ভারবোধ হয়। এইরূপ স্থলে অণ্ডাধারের স্থানে বা মলদ্বারের সন্নিকটে জলৌকা দ্বারা রক্তমোক্ষণ করিলে উপকার হয়। অণ্ডাধারের স্থানে ফোমা, উষ্ণ জল সেক, এবং পূর্ণমাত্রায় ব্রোমাইড অব্ পটাশিয়ম বা এমোনিয়ম প্রয়োগ করিলেও উপশম হইতে পারে।

অণ্ডাধারের উত্তেজনা দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে রোগিণীর প্রকৃতি কেমন একরূপ খিটখিটে হইয়া উঠে নানারূপ স্নায়বীয় লক্ষণ উপস্থিত হয়। নিদ্রাহ্রাস, ক্ষুধামান্দ্য, শরীরক্ষয়, মানসিক দুর্ব্বলতা, এবং নানারূপ প্রত্যাবর্ত্তক লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। এইরূপ রোগিণীকে শান্ত সুস্থির অবস্থায় নির্জ্জনে রাখিয়া চিকিৎসা করিতে হয়। যে সকল লোক বাজে কথা বলিয়া অধিক সহানুভূতি প্রকাশ করে, সেই রূপ লোকের রোগিণীর সন্নিকটে না যাওয়াই বাঞ্ছনীয়। কর্ত্তব্য কার্য্যে অবিচলিতা স্ত্রীলোকই সেবা শুশ্রূষার উপযুক্তা। জরায়ু পশ্চাৎদিকে স্থানভ্রষ্ট হইয়া থাকিলে অধিকাংশ সময় উপুড়ভাবে শায়িতা

থাকিলে উপকার হয়। সহজপাচ্য পুষ্টিকর পথ্য দিবে। দুগ্ধই উপযুক্ত পথ্য, অল্প সময় পর পর পান করান কর্ত্তব্য। লৌহঘটিত ঔষধ, নারিকেল তৈল দ্বারা স্থানিক মর্দ্দন ও বৈদ্যুতিক স্রোত উপকারী। পদদ্বয় উষ্ণজলে নিমজ্জিত ও মেরুদণ্ডে উষ্ণ জলধারা প্রয়োগে উপকার হয়। জলের উষ্ণতা প্রত্যহ ক্রমে হ্রাস করিয়া পরিশেষে স্বাভাবিক উত্তাপের জল প্রয়োগ করতঃ তৎপর বন্ধ করিতে হয়।

মেম্ব্রেনাস ডিস্‌মেনোরিয়া।

(Membranous Dysmenorrhœa.)

আর্ত্তবস্রাবসহ জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির স্তর নির্গত হইলে তাহাকে মেম্ব্রেনাস্ ডিস্‌মেনোরিয়া বলা হয়। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির উপরিস্থিত স্তর খণ্ড খণ্ড হইয়া বহির্গত হয়, আবার কখন বা সমগ্র গহ্বরস্থিত স্তর গহ্বরের অনুরূপ আকৃতিতে একবারেই বহির্গত হয়। এইরূপ ঝিল্লি-স্তর স্খলন সমন্বিত রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ায় কখন বেদনা হয়, আবার কখন বা বেদনা হয় না। একবারেই সম্পূর্ণ ঝিল্লি স্খলিত হইয়া বহির্গত হইলে তাহাতে অণ্ডবহ নলের এবং গ্রীবার মুখ সুস্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। নির্গত ঝিল্লি ত্রিকোণ, দৈর্ঘ্য ২, প্রস্থ ১ এবং স্থূল ১/৮ ইঞ্চি। জলমধ্যে নিমজ্জিত করিলে বহির্দ্দিকে সূত্রবৎ পদার্থ দেখা যায়। অভ্যন্তরে সংযত শোণিত, রস বা শূন্য থাকে।

এই পীড়া এক প্রকার বিশেষ প্রকৃতি বিশিষ্ট। গর্ভসঞ্চারের সহিত ইহার কোন সংস্রব নাই এবং এতৎ জন্য বন্ধ্যাত্বও উপস্থিত হয় না। তবে দীর্ঘকাল পীড়া থাকিলে বন্ধ্যাত্বের গৌণ কারণ স্বরূপ হইতে পারে।

জরায়ুগহ্বরের ছাঁচবৎ যে ঝিল্লি নির্গত হয়, অণুবীক্ষণ দ্বারা দেখিলে তন্মধ্যে সংযোগ তন্তু, গ্রন্থি এবং ডেসিডিউয়ার কোষ দেখিতে পাওয়া যায়।

আর্ত্তবস্রাব সহ বিনা বেদনাতেও ঝিল্লি নির্গত হয়, কোন বার বেদনা হইয়া তৎপর ঝিল্লি নির্গত হয়। কোন কোন স্ত্রীলোকের পীড়া সমস্ত আর্ত্তবস্রাবের বয়স পর্য্যন্ত বর্ত্তমান থাকে। বেদনা প্রথমে উদরের নিম্নাংশে শূলবৎ প্রকৃতিতে আরম্ভ হইয়া তৎপর সমস্ত জননেন্দ্রিয়ে পরিব্যাপ্ত হয়। আর্ত্তবস্রাব যথেষ্ট হয় কিন্তু তজ্জন্য বেদনার নিবৃত্তি হয় না, একদিবস পর স্রাবের পরিমাণ হ্রাস এবং বেদনা বৃদ্ধি হয়। পরিশেষে ঝিল্লি স্তর বহির্গত হইলে বেদনার নিবৃত্তি এবং যথেষ্ট স্রাব হয়। একবারেই সমস্ত ঝিল্লি নির্গত না হইলে পুনঃ পুনঃ এইরূপ লক্ষণ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা।

অভিজাত ঝিল্লি দ্বারা গ্রীবার অভ্যন্তর মুখ অবরুদ্ধ হওয়ায় স্রাব নির্গত হইতে পারে না, তজ্জন্য বেদনাজনক আকুঞ্চন উপস্থিত হয়। ইহাই বেদনার কারণ। কেহ কেহ বলেন, গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের চেতনাধিক্যই বেদনার কারণ।

অল্প সময়ের গর্ভস্রাব, জরায়ুর বহির্ভাগে গর্ভসঞ্চার জন্য জরায়ুর গহ্বরের অভিজাত ঝিল্লিবৎ স্রাব, দ্বিজরায়ু স্থলে গর্ভ জন্য ডেসিডিউয়া স্রাব, জরায়ুর সৌত্রিক ছাঁচ, পরিবর্ত্তিত সংযত শোণিত চাপ, এবং যোনি ও মূত্রাশয়ের ঝিল্লিবৎ স্রাবের সহিত ভ্রম হইতে পারে।

এই শ্রেণীর রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার সহিত প্রায়শঃ জরায়ুর পুরাতন প্রদাহ বর্ত্তমান থাকে।

রোগোৎপত্তির প্রকৃত কারণ কি, তাহা স্থির হয় নাই।

চিকিৎসা —ক্রমিক বুজী বা টেণ্ট দ্বারা জরায়ু-গ্রীবা প্রসারিত করতঃ জরায়ু-গহ্বর চাঁছিয়া দিয়া ক্রোমিক এসিড দ্রব প্রয়োগ করিয়া তৎপর নিয়মিত চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য। ফিউজড নাইট্রেট অফ্ সিলভার, সলফেট অব্ জিঙ্ক, নাইট্রিক এসিড, আইওডিন, কার্ব্বলিক এসিড একথাইওল ইত্যাদির কোন একটী প্রয়োগ করা যাইতে পারে। উভয়

আর্ত্তবস্রাবের মধ্যবর্ত্তী সময়ে কিম্বা স্রাব আরম্ভ হওয়ার কয়েক দিবস পূর্ব্বে জরায়ু-গহ্বর চাঁছা উচিত। উপর্য্যুপরি কয়েক বার এই রূপ অস্ত্রোপচার সম্পাদন কর্ত্তব্য।

ঝিল্লিস্রাবের সময়ে প্রবল বেদনা হইলে ক্লোরাল ব্রোমাইড মিকশ্চার, অহিফেন সপোজিটরী, যোনি মধ্যে বেলাডোনা মর্ফিয়ার পেশারী কিম্বা অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে মর্ফিয়া প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য। চিকিৎসাধীনে থাকা সময়ে সঙ্গম পরিত্যাগ করা উচিত। গ্যালবিনিজম দ্বারা উপকার হয়।

রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার স্নায়বীয় বেদনা—নিবারণ জন্য এণ্টি-পাইরিণ, এণ্টিফেব্রিণ, ফেনাসিটিন্, এণ্টিকামনিয়া, এবং এমোনোল ৭—১০ গ্রেণ মাত্রায় উপকারী। পার্শ্ব, কুচকি এবং জঙ্ঘায় বেদনা থাকিলে বিশেষ ফল হয়।

বিশেষ ঔষধের মধ্যে এলেট্রীস্, পলসেটিলা, ভিবারনম, এপিওল, ক্যাষ্টর এবং অক্সাইড অফ্ ম্যাঙ্গেনিস উপকারী।

বাত জনিত বাধক বেদনায়—স্যালিসিলেট অফ্ সোডা বা স্যালোল ও গোয়েকম সেবন করান উচিত।

ডাক্তার চেম্বারস্ বলেন—আর্ত্তবস্রাবের পূর্ব্বে এবং আরম্ভ সময়ে বেদনা হইলে অকজেলেট অফ্ সিরিয়ম ছয় গ্রেণ মাত্রায় কয়েক বার সেবন করাইলে উপকার হয়।

নিদ্রার জন্য ২৫—৩০ গ্রেণ সাল্‌ফনাল, কম্পাউণ্ড অফ্ ট্র্যাগা-কান্থা চূর্ণ সহ সেবন করাইলে উপকার হয়। ক্লোরালআমিদ ও ব্রোমি-ডিয়াও উৎকৃষ্ট নিদ্রাকারক।

ষষ্ঠ অধ্যায়।

রজোধিক, এবং রুধিরস্রাব বা রক্তপ্রদর।

Menorrhagia and Metrorrhagia.

ঋতু সংশ্লিষ্ট শোণিত অতিরিক্ত পরিমাণে স্রাব হইলে তাহা মেনোরেজিয়া অর্থাৎ রজোধিক এবং উভয় আর্ত্তবস্রাবের মধ্যবর্তী সময়ে স্ত্রী জননেন্দ্রিয় হইতে শোণিতস্রাব হইলে তাহা মেট্রোরেজিয়া অর্থাৎ রুধিরস্রাব বা রক্তপ্রদর সংজ্ঞা দেওয়া হয়। কিন্তু চিকিৎসার সুবিধার্থে উভয়ের পার্থক্য নিরূপণ অত্যন্ত কঠিন। কোন স্ত্রীলোকের হয়তো প্রতি মাসে দুইবার অতিরিক্ত আর্ত্তবস্রাব হয়। আবার কাহারো বা মাসে একবার আর্ত্তস্রাব হয় সত্য, কিন্তু তাহার পরিমাণ এবং স্থায়িত্ব উভয়ই অধিক। সুতরাং (ক) স্বাভাবিক স্রাবের পরিমাণ অধিক। (খ) পুনঃ পুনঃ আর্ত্তবস্রাব এবং (গ) উভয় আর্ত্তবস্রাবের মধ্যবর্তী সময়ে অস্বাভাবিক শোণিতস্রাব হইতে পারে। স্রাব বিভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট -উজ্জ্বল লাল, সামান্য লাল, কাল, জল মিশ্রিত, গাঢ়, সংযত শোণিত চাপযুক্ত, গন্ধহীন বা দুর্গন্ধযুক্ত ইত্যাদির বিষয় পূর্ব্বে উল্লিখিত হইয়াছে।

জরায়ু, যোনি এবং ভগ হইতেও সাধারণতঃ শোণিতস্রাব হইয়া থাকে।

জননেন্দ্রিয় হইতে শোণিতস্রাব পীড়া নহে। কেবল অন্য পীড়ার লক্ষণ মাত্র। দীর্ঘকাল বা অতিরিক্ত শোণিত স্রাব হইলে হঠাৎ মৃত্যু হইতে পারে। ইহাই বিবেচনা পূর্ব্বক চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য।

গর্ভসংশ্লিষ্ট শোণিতস্রাব।—গর্ভস্রাবের উপক্রম বা গর্ভস্রাব, [illegible]র্ণ গর্ভস্রাব, গর্ভে ভ্রূণের মৃত্যু হইলে, জরায়ু মুখে ফুলের অবস্থান, জরায়ুর অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, ফুল জরায়ু হইতে বিযুক্ত হইলে, প্রসবান্তে, জরায়ুর বহির্ভাগে গর্ভসঞ্চার হইলে, জরায়ু গ্রীবার ক্যানালাবস্থায় গর্ভসঞ্চার ও অন্তঃস্বত্বাবস্থায় ক্ষত শিরা বিদারণ, মোলার গর্ভ, পলিপস্, সৌত্রিক পলিপস ইত্যাদি জন্য গর্ভসংশ্লিষ্ট শোণিত স্রাব হয়। কিন্তু তৎসমস্ত ধাত্রী বিদ্যার অন্তর্গত বিধায় এস্থলে উল্লেখ করা নিষ্প্রয়োজন।

দূরবর্ত্তী কারণ সংশ্লিষ্ট শোণিতস্রাব।—শোণিত স্রাবিক ধাতু প্রকৃতি (হিমোফিলিয়া), শোণিতস্রাব যুক্ত পার্পুরা, ম্যালেরিয়ার জন্য প্লীহার বিবর্দ্ধন, হৃৎপিণ্ডের কোন কোন পীড়া, কোষ্ঠবদ্ধ, অর্ব্বুদাদি জন্য অধঃ বৃহৎ শিরার অবরোধ, যকৃতে শোণিতাবেগ, ব্রাইটস্ পীড়া, উত্তেজনা, দীর্ঘকাল দুগ্ধস্রাব ইত্যাদি। এই সমস্ত পীড়ায় সাধারণিক চিকিৎসা আবশ্যক।

কখন কখন শোণিত স্রাব জন্য যকৃৎ বা হৃৎপিণ্ডের রক্তাবেগ হ্রাস হওয়ায় রোগিণীর উপকার হয়। তদ্রূপ স্থলে শোণিতস্রাবের চিকিৎসা অনাবশ্যক।

কোন কোন বালিকার প্রকৃত আর্ত্তবস্রাব আরম্ভ হওয়ার কয়েক মাস পূর্ব্বে একবার শোণিতস্রাব হয়।

জরায়ু সংশ্লিষ্ট যন্ত্রাদির কারণ জন্য শোণিতস্রাব।— অণ্ডাধারের পুরাতন প্রদাহ, উত্তেজনা, মারাত্মক অর্ব্বুদ, পেরি ও প্যারামিট্রাইটিস্, পেরিটোনিয়ামের বাহিরে শোণিত সঞ্চয়, মল অবরোধ, ও অণ্ডবহ নল এবং বস্তীর পীড়ার জন্যও শোণিতস্রাব হয়।

জরায়ু সংশ্লিষ্ট শোণিতস্রাব।—অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদাহ, কফাস সঞ্চয়, সৌত্রিক অর্ব্বুদ, মারাত্মক পীড়া,

সৌত্রিক বা শ্লৈষ্মিক পলিপস, জরায়ু উল্টান, স্থানভ্রষ্টতা বা সুস্থতার শোণিতাবেগ, দানাময় ক্ষত, সাধারণ ক্ষত, অধঃপতন, এবং উত্তেজনা বা আঘাত ইত্যাদি।

প্রথম সঙ্গম সময়ে সতীচ্ছদ ছিন্ন হওয়ায় কখন কখন অত্যন্ত শোণিতস্রাব হইয়া থাকে।

প্রত্যেক পীড়ার লক্ষণ দৃষ্টে রোগ নির্ণয় করতঃ তৎপর চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য, কিন্তু শোণিতস্রাব অনিষ্টকর জন্য সর্ব্বপ্রথমেই তাহা বন্ধ করার পক্ষে যত্ন করা আবশ্যক।

চিকিৎসা।—নিম্নলিখিত কয়েকটী বিষয়ে লক্ষ্য রাখিয়া চিকিৎসা করা উচিত।

১। জরায়ু হইতে অস্বাভাবিক শোণিতস্রাব হইতে থাকিলে উপশম জন্য সামান্য উপায় অবলম্বন করিতেও কখন শৈথিল্য বা অগ্রাহ্য করিবে না।

২। শোণিতস্রাব পীড়ার লক্ষণ মাত্র। মূল কারণ অন্য স্থানে কিম্বা জরায়ুতে আছে, তাহা সর্ব্বদা স্মরণ রাখিতে হইবে।

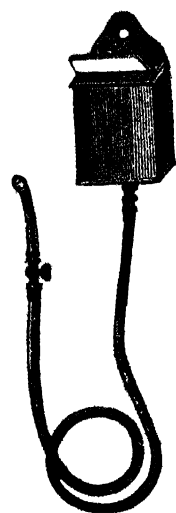
৩। শোণিতস্রাবের কারণ স্থির করা কর্ত্তব্য। সন্দেহ উপস্থিত হইলে সতর্কভাবে যোনি পরীক্ষা করা আবশ্যক। তাহাতেও সন্দেহ ভঞ্জন না হইলে এবং ক্রমাগত শোণিতস্রাব হইতে থাকিলে জরায়ু গ্রীবা প্রসারিত করিয়া গহ্বর পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য।

৪। জরায়ু-গ্রীবা প্রসারিত করার পর যত দিন শোণিত স্রাব হইতে থাকে, ততদিন গ্রীবাও প্রসারিত রাখা উচিত।

শোণিত-স্রাবের চিকিৎসা প্রণালী দুই ভাগে বিভক্ত করা যায়। (১) হৃৎপিণ্ড, ফুসফুস, যকৃৎ, প্লীহা, বৃক্ক প্রভৃতির কোন একটীর যান্ত্রিক পীড়ার ও দেহে বিষাক্ত পদার্থের প্রবেশ জন্য শোণিত-স্রাব, পার্পুরা বা অপর কারণ বশতঃ শোণিত-স্রাব হইলে তাহা রোধ

চিকিৎসা এককালীন (১), অস্ত্রোপচার বা ঔষধ প্রয়োগ দ্বারা স্থানিক কারণ দূর করা।

নির্দিষ্ট পীড়াসমূহের বর্ণনার সময়ে তত্তৎচিকিৎসাপ্রণালীও উল্লেখ করা হইবে। এস্থলে কেবল শোণিত-স্রাব নিবারণ প্রণালী মাত্র বর্ণনা করিব।

১। উত্তাপ।—১১০—১২০F উত্তপ্ত জল-পূর্ণ ডুসপাত্র (৫৩ শং চিত্র) ৫।৬ ফিট ঊর্দ্ধে স্থাপন করতঃ নলের মুখ যোনি মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া কল ঘুরাইয়া দিলেই উত্তপ্ত জল যোনিমধ্যে প্রবেশ করিয়া বহির্গত হইতে থাকিবে। ডুসপাত্র দেড় সের জল ধরে, এমত বড় হওয়া উচিত। রোগিণীকে সরল ও উত্তান ভাবে শয়ান করাইয়া ডুস প্রয়োগ করিতে হয়। একজন পরিচারিকা দ্বারা ডুস প্রয়োগ করা উচিত। টিংচার আইওডিন, উডহল স্পা ওয়াটার, বোরাসিক এসিড, বাইকার্ব্বনেট অব সোডা, বোরাক্স, কণ্ডিজফ্লুইড, হাইড্রেস্টিসের তরল সার ইত্যাদি ঔষধ আবশ্যকানুসারে ডুসের জলসহ মিশ্রিত করিয়া লওয়া যাইতে পারে।

৫৩শং চিত্র। ক্যানডুস।

বস্তিগহ্বরস্থিত যন্ত্রাদিতে অত্যধিক রক্তাবেগ বা প্রবল প্রদাহ বর্ত্তমান থাকিলে অতিরিক্ত উষ্ণ জলস্রোত প্রয়োগ করায় উপকারের পরিবর্ত্তে অপকার হওয়ার আশঙ্কা বর্তমান থাকে। অতিরিক্ত উত্তাপ প্রয়োগের জন্য অণ্ডাধার এবং তৎসন্নিকটবর্ত্তী অন্যান্য গঠনের প্রদাহ হওয়াও আশ্চর্য্য নহে। উষ্ণ জল প্রয়োগে বেদনা বৃদ্ধি হইলে প্রয়োগ না করাই উচিত।

২। শৈত্য।—যোনিমধ্যে শীতল জলধারা, ... তলপেটের নিম্নে বরফপূর্ণ থলিয়া প্রয়োগ করা যায়। অবসন্নাবস্থায় সাবধানে প্রয়োগ না করিলে বিপদ হইতে পারে।

৩। ট্যাম্পন।—জরায়ু-গ্রীবার মধ্যে স্পঞ্জ টেণ্টের আকারে প্রয়োগ করিলে শোণিতস্রাব রোধ এবং গ্রীবা প্রসারণ উভয় উদ্দেশ্য সফল হইতে পারে। স্যালিসিলিক এসিড উলের পুঁটলী—পারক্লোরাইড অফ্ আয়রণ, হেমেমিলিস, হাইড্রেসটিন্, কার্ব্বলিক এসিড বা ট্যানিক এসিড সহ গ্লিসিরিণ ইত্যাদির কোন একটী ঔষধ মিশ্রিত করিয়া যোনিমধ্যে প্রয়োগ করিতে হয়। এতদ্বিষয় পূর্ব্বে বর্ণিত হইয়াছে। একই পুঁটলী এক দিবসের অধিক যোনিমধ্যে থাকা বিপদজনক। পুঁটলী প্রয়োগের পূর্ব্বে এবং বহির্গত করার পরে পচননিবারক জল দ্বারা যোনি ধৌত করা উচিত। ট্যাম্পন দ্বারা কেবল অস্থায়ী উপকার হয় মাত্র।

৪। স্থানিক রক্তরোধক।—এলমের ট্যাম্পন বা পিচকারী, পারক্লোরাইড্ অফ্ আয়রণ—লাইকর, জলীয় দ্রব বা লবণ (℥ss—জল ℥i), সলফেট অফ্ আয়রণ দ্রব (℥ss—জল ℥i), ফেরো এলাম, গ্যালিক এসিড, ট্যানিক এসিড, হেমেমিলিস্ ইত্যাদি ট্যাম্পন বা কেবল ঔষধ জরায়ুগহ্বরে প্রয়োগ; টিংচার ম্যাটিকো ও লিকুইড একষ্ট্রাক্ট অফ্ হাইড্রেষ্টিস্ সহ গ্লিসিরিণ মিশ্রিত করিয়া তদ্দ্বারা যোনি মধ্যে ট্যাম্পন প্রয়োগ উপকারী।

৫। ব্যাপক ক্রিয়া প্রকাশ।—যে সমস্ত ঔষধ রক্ত রোধ করে, তাহাদিগের মধ্যে আর্গট—আর্গটিন, স্ক্লেরোটিক এসিড, ইহাদিগের মধ্যে কোন একটীর অধস্ত্বাচিক প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়। আর্গটিন, লুপুলিন এবং কুইনাইন দ্বারা বটিকা প্রস্তুত করিয়া সেবন করাইবে। টিংচার ফেরি পারক্লোরাইড্, গ্যালিক এসিড, টিংচার ডিজিটে-

লিস্, একষ্ট্রাক্ট হেমেমিলিস এবং ইনফিউজন মেটিকো দ্বারা মিশ্র প্রস্তুত করিয়া সেবন করাইলে উপকার হয়। ডিজিটেলিস্ সহ আর্গটিন, শুষ্ক সালফেট অফ আয়রণ ও কুইনাইন; ১৫ গ্রেণ মাত্রায় গ্যালিক এসিড সহ ইনফিউজন ম্যাটিকো, একষ্ট্রাক্ট লিকুইড আর্গট বা এমোনিয়েটেড আর্গট সলিউসন; কুইনাইন সহ এরোমেটিক সালফিউরিক এসিড বা ডাইলুট সালফিউরিক এসিড মিশ্ররূপে সেবন করাইলেও উপকার হয়।

হাইড্রেষ্টিস্ ক্যানাডেনসিস্।—রক্তপ্রদর পীড়ায় হাইড্রেষ্টিস বা তাহার উপাক্ষর হাইড্রেষ্টিয়া উৎকৃষ্ট ঔষধরূপে প্রয়োজিত হইতেছে।

℞ হাইড্রেষ্টিয়া মিউরেট	gr. $\frac{1}{4}$
ক্যানাবিন ট্যানেট	gr. $\frac{1}{2}$
আর্গটিন	gr. $\frac{1}{2}$
ষ্টিপ্টিসিন	gr. $\frac{1}{2}$

এক ট্যাবলেট। এক এক মাত্রায় দুই ট্যাবলেট হিসাবে প্রত্যহ ৩। ৪ বার সেবন করাইলে উপকার হয়।

সাধারণ একষ্ট্রাক্ট হাইড্রেষ্টিস অপেক্ষা হাইড্রেষ্টিনিন্ অধিক উপকারী, কিন্তু মূল্য অধিক।

জরায়ুর শোণিতবাহিকার দুর্ব্বলতার জন্ম রক্তপ্রদর পীড়ায় হাইড্রেষ্টিস্ দ্বারা অধিক উপকার পাওয়া যায়। রক্তাধিক্য জন্য বাধকের বেদনা সহ অত্যধিক শোণিত স্রাব হইতে থাকিলেও হাইড্রেষ্টিন্ দ্বারা উপকার পাওয়া যায়। আর্ত্তবস্রাব রোধ হওয়ার বয়সে জরায়ুর বৈধানিক পরিবর্ত্তন ও অভিজাতবর্দ্ধন ব্যতীত শোণিতস্রাব হইলে তাহা বন্ধ করার জন্ম হাইড্রেষ্টিস প্রয়োগ করিয়া বিশেষ ফল অনুভব করা যায়। আভ্যন্তরিক প্রয়োগ বিধেয়। হাইড্রেষ্টিসিয়া সহ ফ্লেরোটিক এসিড প্রয়োগ

করিলে ওঁইকেরিয়স্ শোণিতস্রাব বন্ধ হয়। স্থানিক প্রয়োগ জন্ম (প্রলেপ ও পুঁটলী) একষ্ট্রাক্ট হাইড্রেষ্টিস্ সহ গ্লিসিরিণ এবং টিংচার অফ্ মেটিকো উৎকৃষ্ট। আভ্যন্তরিক প্রয়োগ জন্ম আর্গটিন, ডিজিটেলিস, ক্যানাবিন প্রভৃতির সহিত একত্রে প্রয়োগ করিলে অধিক ফল হয়। কিন্তু মাইওমেটা জন্ম শোণিতস্রাবে কোন উপকার করে না। অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, গর্ভস্রাব, প্রসবান্তে শোণিতস্রাব প্রভৃতিতে স্থানিক এবং আভ্যন্তরিক উভয় প্রণালীতেই প্রয়োগ করিয়া উপকার পাওয়া যায়।

ষ্টিপ্টিসিন জরায়ুর রক্তস্রাব-রোধক।—অন্য ঔষধের সহিত মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা যায়। নার্কোটিনা হইতে প্রস্তুত। মাত্রা ½ গ্রেণ। প্রত্যহ ৪। ৫ বার সেবন করান কর্ত্তব্য। ইহা জরায়ুর ক্রিয়া উত্তেজিত করে, সুতরাং গর্ভস্রাব সম্ভাবনা স্থলে প্রয়োগ করিলে অপকারের সম্ভাবনা। শোণিতবাহিকার উপর সঙ্কোচন ক্রিয়া প্রকাশ করে, তজ্জন্য অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, রজোধিক এবং জরায়ুবিধানের সৌত্রিক অর্ব্বুদ জন্য শোণিতস্রাব হইলে প্রয়োগ করিয়া অধিক ফল পাওয়া যায়।

উষ্ণপ্রধান দেশে রজোধিক পীড়া সহ পরিপাক-যন্ত্রের দুর্ব্বলতা জন্য অজীর্ণ পীড়া ও সাধারণ দুর্ব্বলতায় হৃৎপিণ্ডের দুর্ব্বলতা উপস্থিত হয়। এইরূপ রোগিণীর পক্ষে টিংচার হাইড্রেষ্টিস সহ ষ্ট্রপেন্থস্ বা ডিজিটেলিস, কনভেলেরিয়ানা প্রভৃতি হৃৎপিণ্ডের বলকারক ঔষধ মিশ্রিত করিয়া সেবন করাইলে সুফল হয়। জরায়ু হইতে শোণিতস্রাব পীড়ায় ডিজিটেলিস উপকারী, হাইড্রেষ্টিস সহ একত্রে প্রয়োগ করিলে অত্যন্ত শোণিতস্রাব জন্য হৃৎপিণ্ড দুর্ব্বল হইলে অধিক উপকার করে। এওর্টার পীড়া থাকিলে ষ্ট্রপেন্থস্ দ্বারা অধিক উপকার হয়। কিন্তু ইহার দুইটী প্রধান দোষ—১, ক্রিয়ার অনিশ্চয়তা, ২, ক্রিয়ার স্থায়িত্বের অল্পতা। তবে সুবিধা এই যে, নির্ব্বিঘ্নে দীর্ঘকাল প্রয়োগ করা যাইতে পারে। রক্ত-প্রদর পীড়া সহ হৃৎপিণ্ডের পীড়া ও রজঃকৃচ্ছ্র পীড়া বর্ত্তমান থাকিলে

হাইড্রেষ্টিস সহ ট্রিপেস্ মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে অধিক উপকার হয়। এতৎসহ আর্গটও প্রয়োগ করা যাইতে পারে। অন্য ঔষধ সহ একত্রে প্রয়োগ করিলে হাইড্রেষ্টিস জরায়ুর উৎকৃষ্ট বলকারকরূপে কার্য্য করে। এলেট্রিস্ ফেরিনোসা ও সেনেসিনা একত্রে প্রয়োগ করিলেও উৎকৃষ্ট ফল হয়। "এলেট্রিস কর্ডিয়াল" নামক প্যাটেণ্ট ঔষধও উপকারী। হাইড্রেষ্টিস আভ্যন্তরিক প্রয়োগ সহ বাহ্য প্রয়োগ করিলে অধিক উপকার হয়। জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদাহ পুরাতন ভাবাপন্ন হইলে এবং গ্রীবার ক্ষতাবস্থায়, কিম্বা গ্রীবার অত্যন্ত রক্তাধিক্য বশতঃ রক্ত-মোক্ষণের পর শোণিতস্রাব হইলে একথাইওল দ্রব (শতকরা ২০ অংশ), কার্ব্বলিক এসিড বা আইওডিন্ সমভাগ গ্লিসিরিণ সহ প্রয়োগ করা হয়। ট্যাম্পনসহ প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

হাইড্রেষ্টিসের তরল সার সিক্ত ট্যাম্পন প্রয়োগ করিতে হইলে প্রথমে পচননিবারক গজ বা তুলা গ্লিসিরিণে নিমজ্জিত করতঃ গোলা-কারে পাকাইয়া লইয়া তৎপর হাইড্রেষ্টিসের তরলসার সংলিপ্ত করিয়া যোনির মধ্য দিয়া জরায়ু-গ্রীবার সন্নিকটে স্থাপন করিতে হয়। আবশ্যক হইলে একথাইওল ইত্যাদি অপর ঔষধ সহ মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে। রোগিণী স্বয়ং এইরূপ পুঁটলী প্রয়োগ করিতে পারেন।

হাইড্রেষ্টিসের উষ্ণ ডুস প্রয়োগ করিতে হইলে উষ্ণ জল (১১০—১২০F.) সহ সের প্রতি দুই হইতে চারি ড্রাম হাইড্রেষ্টিসের তরল সার মিশ্রিত করিয়া লওয়া কর্ত্তব্য।

সাধারণ চিকিৎসা রোগিণীর শারীরিক অবস্থার উপর নির্ভর করে। ব্যাপক বা অণ্ডাধারের উত্তেজনা বর্ত্তমান থাকিলে ব্রোমাইড সেবন করান কর্ত্তব্য। দৌর্ব্বল্যের জন্য ষ্ট্রিকনিন্, কুইনিন্ এবং লৌহ সংশ্লিষ্ট ঔষধ আবশ্যক। হিষ্টিরিয়ার জন্য দুর্ব্বলতা উপস্থিত হইলে ব্রোমাইড সহ ভেলেরিয়ান সেবন করান উচিত। আর্ত্তবস্রাব এককালীন বন্ধ

হওয়ার ফলে দেহ শোণিতপূর্ণ থাকিলে এবং যকৃতে রক্তাধিক্য বর্ত্তমান থাকিলে লাবণিক বিরেচক, তিক্ত জল, উদ্ভিজ্জ পিত্তনিঃসারক এবং মধ্যে মধ্যে তৎসহ মৃদু প্রকৃতির পারদসংশ্লিষ্ট ঔষধ (পডফিলিন, আইরিডিণ, ইউনোমিন, ক্যালমেল, গ্রে পাউডার প্রভৃতি) সেবন করাইতে হয়। রক্তহীন হইলে লৌহঘটিত ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক। এই শেষোক্ত অবস্থায় ডাইলাইজড আয়রণ, ফেলোস্, ইষ্টোনস্, ক্লোয়ার প্রভৃতির সিরপ, ব্লড পিলস্, পারক্লোরাইড টিংচার, এবং হিমোগ্লোবিন বিশেষ উপকারী।

দেশীয় টোটকার মধ্যে আয়াপাণা অর্থাৎ বিশল্যকরণীর রস আধ ছটাক মাত্রায় প্রত্যহ তিনবার সেবন করাইলে উপকার হয়। রক্তোৎপলও উপকারী। অশোকফুলের কলি বা অশোকের ছাল দুগ্ধে সিদ্ধ করিয়া সেই দুগ্ধ পান করাইলে ঔষধ এবং পথ্য উভয়ের কার্য্য হইতে পারে। অশোকের বিচির প্রয়োগরূপ ব্যবহৃত হয়।

শ্বেত-প্রদর।

(Leucorrhoea.)

লিউকোরিয়া অর্থাৎ শ্বেত-প্রদর কোন একটী নির্দ্দিষ্ট পীড়া নহে বা কোন নির্দ্দিষ্ট পীড়ার লক্ষণও নহে। নানা পীড়ায় এই লক্ষণ প্রকাশ পায়। জরায়ু, যোনি বা ভল্‌ভা—ইহার যে কোন স্থান হইতে স্রাব হয়। ইংরেজ সমাজে হোয়াইট্‌স্ (whites) এবং এদেশে কাপড়ে দাগ লাগা বলিলে যে স্রাব বুঝায়, তাহা অনেক স্থলেই পীড়ার লক্ষণ নহে। স্বাভাবিক ক্রিয়ার আধিক্য জন্য ঐরূপ স্রাবের উৎপত্তি হয়। গর্ভাবস্থায় শ্বেত-প্রদরবৎ স্রাব হয়; দুর্ব্বল বা রক্তহীনা বালিকাদিগেরও ঐরূপ স্রাব হয়। "লিউকোরিয়ালফ্লো" পীড়াজনিত বৈধানিক বিকৃতির ফল নহে। কেবল স্বাভাবিক ক্রিয়ার আধিক্য বা যৎসামান্য বৈধানিক পরিবর্ত্তনের আরম্ভ ফল মাত্র পরন্তু পীড়াজনিত বৈধানিক পরিবর্ত্তন

উপস্থিত না হইলে কখনও স্রাব দীর্ঘকাল স্থায়ী হইতে পারে না। অনেক দিন যাবৎ স্রাব হইতে থাকিলে বুঝিতে হইবে যে, বৈধানিক পরিবর্ত্তন হইয়াছে। জননেন্দ্রিয়ের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সর্দ্দি জন্য (catarrhal) স্রাব হয়। স্থান অনুসারে বলিতে জরায়ু ও গ্রীবার (corporeal and cervical) এবং যোনির ও ভলভার লিউকোরিয়া বলা উচিত।

এক এক স্থান হইতে এক এক প্রকৃতির স্রাব হয়।

জরায়ু হইতে জলবৎ বা মিশ্র স্রাব—গর্ভাবস্থা, মারাত্মক পীড়া ও হাইডেটিড পীড়ার লক্ষণ। এই স্রাব কখন বর্ণহীন, কখন বা রক্ত কিম্বা অন্য পদার্থ মিশ্রিত থাকে।

যোনি হইতে জলবৎ স্রাব—যোনিসহ মূত্রাশয়ের নালী ঘা, অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদ বিদীর্ণ, ও স্বাভাবিক ক্রিয়াধিক্য জন্য হইতে পারে।

অণ্ডবহনল, জরায়ু-গহ্বর ও গ্রীবার অভ্যন্তর হইতে শ্লেষ্মাবৎ স্রাব হয়। ইহাতে ইপিথিলিয়ম, তৈলকণা প্রভৃতি বর্ত্তমান থাকে। সাধারণতঃ শ্বেতবর্ণ, ক্ষারাক্ত, স্বচ্ছ, চটচটে। অধিক স্রাব হইলে জরায়ু-গ্রীবা ও মুখ আবৃত করিয়া থাকে। স্তম্ভাকার কোষযুক্ত। সাধারণতঃ জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদাহ জন্যই এইরূপ স্রাব হয়। রক্তহীনাবস্থাতেও হইতে পারে। রক্তপ্রদরের পর এইরূপ স্রাব হওয়ার সম্ভাবনা। এইরূপ স্রাব হইতে থাকিলে বন্ধ্যা হওয়ার সম্ভাবনা। স্বাভাবিক ক্রিয়াধিক্যের ফলেও এই প্রকৃতির স্রাব হইতে পারে। গর্ভাবস্থা ও আর্ত্তবস্রাব সহ কখন কখন শ্লেষ্মাস্রাব হইতে দেখা যায়।

জরায়ু-গ্রীবার বাহ্য প্রদেশ, ওষ্ঠ ও যোনির ছাদ হইতে যে শ্লেষ্মা স্রাব হয় তাহা অম্লাক্ত, গাঢ়, সরবৎ, শ্বেত বা পীতাভ শ্বেতবর্ণ। গ্রীবায় ও মুখে সরবৎ আবৃত থাকে। শল্কবৎ, ইপিথিলিয়ম কোষ এবং তৈলকণা বর্ত্তমান থাকে।

যোনির কোন কোন অংশ হইতে অম্লাক্ত শ্লেষ্মা স্রাব হয়। প্রদাহের প্রকৃতির উপর এই স্রাবের প্রকৃতি নির্ভর করে। সাধারণতঃ পরাঙ্গপুষ্ট জীবের উত্তেজনায় ঐরূপ স্রাব হয়।

ক্লেদ পূয়বৎ স্রাব—ভলূভা, লেবিয়া এবং গ্রন্থি হইতে উৎপন্ন হইলে অম্লাক্ত, মেদময়। শ্লেষ্মা, তৈল বিন্দু, ইপিথিলিয়াল্ কোষ ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকে।

জরায়ু ও অণ্ডবহনল হইতে পূয়বৎ স্রাবের কারণ প্রদাহ। প্রদাহের প্রকৃতির উপর স্রাবের প্রকৃতি নির্ভর করে। এই স্রাব অত্যন্ত পাতলা বা গাঢ়, অল্প বা অধিক, গন্ধহীন বা দুর্গন্ধযুক্ত, এবং শোণিত-রঞ্জিত বা ঈষৎ সবুজবর্ণ হইতে পারে।

যোনি হইতে নানারূপ পূয়স্রাব হয়। এইরূপ স্রাবের কারণও বিস্তর। গনোরিয়ার স্রাবের পরিমাণ অধিক। গাঢ়, পীতাভবর্ণযুক্ত এবং নিয়ত স্রাব হয়। ইপিথিলিয়ম মিশ্রিত থাকে। সাধারণতঃ অতিরিক্ত পূয়স্রাব শ্বেত-প্রদর সংজ্ঞা মধ্যে পরিগণিত নহে।

শ্বেত-প্রদরের স্রাবের পরিমাণ ভিন্ন ভিন্ন রূপ হইতে পারে। কখন কখন সাধারণ শ্বেত-প্রদরের স্রাব অত্যধিক হইয়া থাকে। এইরূপ স্থলে স্বাভাবিক আর্ত্তবস্রাবের কিছু বিশৃঙ্খলতা উপস্থিত হয়। কখন বন্ধ থাকে, কখন বা অনিয়মিতরূপে অল্প পরিমাণ স্রাব হয়। রক্তহীনা ও দুর্ব্বলা যুবতীদিগের এইরূপ লক্ষণ দেখিতে পাওয়া যায়। বাত, উপদংশ এবং গণ্ডমালা ধাতু প্রকৃতির স্ত্রীলোকদিগের শ্বেত-প্রদরের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

শ্লেষ্মাপ্রধান ধাতু প্রকৃতি, ফুস্‌ফুসের গঠন, কৃমি ও স্ফোট জ্বর, এবং উদ্ভেদোদ্গম জন্য শ্বেত-প্রদর স্রাব হইতে দেখা যায়। যোনি প্রদাহ হইতে ইহা ভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট।

দুর্ব্বলা রক্তহীনা বালিকাদিগের যৌন পরীক্ষা করা অনাবশ্যক।

অপর সমস্ত লক্ষণের প্রতি বিশেষ লক্ষ্য করা আবশ্যক। অনেক স্থলে অন্যান্য লক্ষণ দৃষ্টে চিকিৎসা করা যাইতে পারে। কিন্তু যে স্থলে পীড়া জনিত বৈধানিক পরিবর্ত্তন হইয়াছে, সে স্থলে যথোপযুক্ত পরীক্ষা করতঃ রোগ নির্ণয় করিয়া চিকিৎসা করা আবশ্যক। শ্বেত-প্রদর সহ অন্যান্য লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে স্থল বিশেষে প্রদাহ, জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা, বা স্থূলতা বর্ত্তমান থাকিতে পারে। এইরূপ স্থলে সতর্ক ভাবে অঙ্গুলী পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য।

সাধারণ লক্ষণ দৃষ্টে ঔষধ প্রয়োগ কর্ত্তব্য। স্বাস্থ্যোন্নতির জন্য বলকারক ও লৌহঘটিত ঔষধ, পুষ্টিকর পথ্য, উপযুক্ত পরিশ্রম আবশ্যক। তদ্বিস্তারিত বিবরণ রক্তোহীনতার সহিত বর্ণিত হইয়াছে।

স্থানিক ঔষধের মধ্যে যোনিমধ্যে ডুস প্রয়োগ, সঙ্কোচক ও ক্ষারীয় ঔষধের পিচকারী—বিশেষতঃ এলাম, সালফেট অফ্ জিঙ্ক, সাল্‌ফোকার্ব্বলেট অফ জিঙ্ক, কিংবা বোরেট অফ্ সোডার জল প্রয়োগ উপকারী। বালিকাদিগের স্বাস্থ্যোন্নতির জন্য বিশেষ যত্ন করা আবশ্যক। পরিবর্ত্তক রূপে অল্প মাত্রায় কবাব, হাইড্রার্জ্জ কমক্রিটা এবং কুইনাইন, সিরপ ফেরি আইওডাইড্, কেলোস্ সিরপ, প্যারিস ফুড উপকারী। উপযুক্ত পোষক পথ্য ও স্নানের প্রতিও লক্ষ্য রাখিতে হয়।

উপসর্গ বিরহিত সাধারণ শ্বেত-প্রদরের স্রাবে কোনরূপ উত্তেজনা প্রকাশ না হওয়াই সম্ভব। কিন্তু প্রদাহ জন্য জরায়ু বা যোনি হইতে পূয়বৎ উগ্র স্রাব হইলে তাহার স্পর্শে যোনি-মুখে এবং তাহার চতুষ্পার্শ্বে ফোট, চুলকানী বা প্রদাহ হইতে পারে। তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখিতে হয়। তদ্রূপ হইলে পরিষ্কার করিয়া উপযুক্ত চিকিৎসা করিতে হইবে।

যে পীড়ার লক্ষণ রূপে শ্বেত-প্রদর উপস্থিত হয়। সেই মূল পীড়ার চিকিৎসা করিলেই শ্বেত প্রদর আরোগ্য হয়।

সপ্তম অধ্যায়।

জরায়ুর অবস্থান পরিবর্ত্তন।

(Uterine Displacements.)

জরায়ুর অবস্থান পরিবর্ত্তনের পূর্ব্ববর্ত্তী কারণ।

সাধারণ দৌর্ব্বল্য,—বন্ধনী সমূহের শিথিলতা। গর্ভাবস্থা ও প্রসব—বিটপ বিদারণ, জরায়ু-গ্রীবার ছিন্ন বিচ্ছিন্নতা। বস্তিগহ্বরের মধ্যে সংযোগ—পেরিটোনাইটিস, সেলুলাইটিস্। বস্তিগহ্বরের মধ্যে তরল দ্রব্য সঞ্চয়। প্রবল পৈশিক উদ্যম। যোনি-ভ্রংশ। জরায়ুর রক্তাধিক্য। সরলান্ত্র এবং মূত্রাশয়ের পরিপূর্ণতা। জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ। উদরমধ্যে অর্ব্বুদ ও রসসঞ্চয়। জরায়ুর অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন। পরিচ্ছদ ইত্যাদির সঞ্চাপ। আলস্যপরতন্ত্রতা।

বিশেষ অবস্থান পরিবর্ত্তন।

১। সম্মুখ স্থানভ্রষ্টতা ও ন্যুব্জতা (এণ্টিভারসন ও এণ্টিফ্লেক্সন)।

২। পশ্চাৎ স্থানভ্রষ্টতা ও ন্যুব্জতা (রিট্রোভারসন ও রিট্রোফ্লেক্সন)।

৩। নিম্নাবতরণ (প্রোলাপসাস্)।

৪। ঊর্দ্ধে গমন (এসেণ্ট)।

৫। উল্টান (ইন্‌ভারসন)।

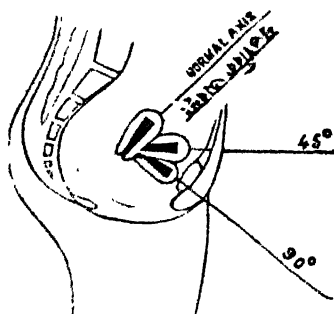
জরায়ুর অবস্থান পরিবর্ত্তনের মুখ্য এবং গৌণ ফল।

সঙ্গম কষ্ট। রজোহীনতা, রজঃকৃচ্ছ্রতা, রক্তপ্রদর। জরায়ুর রক্তাধিক্য, জরায়ুর হাইপারপ্লেজিয়া, জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ, জরায়ুর

গহ্বরের সঙ্কোচন, বন্ধ্যত্ব, জরায়ুর অধঃপতন ও যোনি উন্নির্গম, মূত্রাশয়ের উত্তেজনা—মূত্রাবরোধ—অনিচ্ছায় মূত্র নিঃসরণ। সরলান্ত্রের উত্তেজনা—কোষ্ঠবদ্ধ—অর্শঃ। রেক্টোসিল। জরায়ুর প্রদাহ। বস্তি-গহ্বরে রসসঞ্চয়। হিমেটোসিল। অঙ্গ সঞ্চালন কষ্ট। কটিদেশে বেদনা। প্রত্যাবর্ত্তক স্নায়বীয় বেদন। গর্ভস্রাব। অণ্ডাধারে রক্তাধিক্য, প্রদাহ, স্যালফিঞ্জাইটিস। দর্শনশক্তির ব্যতিক্রম

সম্মুখাভিমুখে স্থানভ্রষ্ট।

(Anteversion)

জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় ঈষৎ সম্মুখ দিকে অবস্থিত। (৬৪ নং চিত্র)। ঊর্দ্ধ বা পশ্চাদ্দিক্ হইতে চাপ; ঊর্দ্ধ, অধঃ ও পার্শ্বদিক হইতে যাহাদিগের সাহায্যে যথাস্থানে অবস্থান করে, তাহাদিগের মধ্যে কাহারো পরিবর্ত্তন, সংযোগ বা আকুঞ্চনদ্বারা সম্মুখে আকর্ষণ ইত্যাদি কারণে জরায়ু সম্মুখ দিকে মূত্রাশয়ের উপরে উপস্থিত হয়। জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ স্বাভাবিক

৬৪ নং চিত্র। জরায়ুর সম্মুখ দিকে স্থানভ্রষ্টতার পরিমাণ।

অপেক্ষা অনেক নিম্নে আইসে। জরায়ু-মুখ পশ্চাদ্দিকে ডগলাস পাউচে গমন করে। জরায়ু বস্তিগহ্বরের স্বাভাবিক অক্ষরেখা ভ্রষ্ট হয়। এই শ্রেণীর স্থানভ্রষ্টতাই অধিক হয় এবং ইহা প্রকৃতিস্থ করাও অত্যন্ত কঠিন।

সম্মুখাভিমুখে স্থানভ্রষ্টতাসহ প্রায়শঃ রজোহীনতা বা রজঃকৃচ্ছ্রতা বর্ত্তমান থাকে। জরায়ুর রক্তাধিক্য, সৌত্রিক অর্ব্বুদ, গহ্বরের সঙ্কোচন, বন্ধ্যাত্ব, মলমূত্র ত্যাগে কষ্ট, কোমরে বেদনা, অণ্ডাধারে রক্তাধিক্য ও প্রদাহ প্রকৃতি লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

স্ত্রীলোকের মূত্র ত্যাগের পূর্ব্বে বা সমকালে কোনরূপ কষ্ট উপস্থিত হইলে কিংবা মূত্রাবরোধ হইলে তাহার মূল কারণ মূত্রাশয়ের বহির্দেশে অনুসন্ধান করিতে হয়। এই বিষয়টী স্মরণ রাখা উচিত। জরায়ুর সম্মুখ ন্যুব্জতায় এবং পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্টতায় উক্ত লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে। এইরূপে জরায়ু স্থানচ্যুত হইয়া সরলান্ত্রে সন্তাপ প্রয়োগ করায় মলত্যাগের কষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা।

নির্ণয়।—রজরায়ুর সম্মুখ ন্যুব্জতাসহ—সৌত্রিক অর্ব্বুদ, মূত্রাশয়ের অর্ব্বুদ প্রভৃতির সহিত ভ্রম হইতে পারে। জরায়ুর সাউণ্ড দ্বারা পরিমাপ, অঙ্গুলী এবং উভয় হস্তদ্বারা পরীক্ষা করিলে প্রকৃত অবস্থা জানা যাইতে পারে। অঙ্গুলী পরীক্ষায় যোনির ছাদে যে স্থানে জরায়ু-গ্রীবার স্বাভাবিক অবস্থান, তথায় তাহা অনুভব করা যায় না। তৎপরিবর্ত্তে পশ্চাদ্দিকে সেক্রমের গহ্বর মধ্যে গ্রীবা অনুভব করা যায়। সম্মুখ দিকে অধঃপতিত জরায়ুর উর্দ্ধাংশ অনুভব করা যায়। উত্তানভাবে শয়ান করাইয়া পরীক্ষা করিলে এই পরিবর্ত্তন প্রকৃতাবস্থাপেক্ষা অল্প অনুভব করা যায়। উদর-যোনি-পরীক্ষায় উভয় হস্তের মধ্যে সম্পূর্ণ জরায়ু অনুভব করা যায়, যে পদার্থ অনুভব করা হইল, তাহার সম্মুখাংশ জরায়ুর উর্দ্ধাংশ কি না, স্থির করা যাইতে পারে। ইহাতেও নিঃসন্দেহ না হইলে, যদি অন্য উপসর্গ মনে হয়, তবে ইউটিরাইন সাউণ্ড প্রবেশ করান কর্ত্তব্য: অন্তঃসত্ত্বাবস্থা বলিয়া সন্দেহ হইলে কখনই সাউণ্ড প্রবেশ করাইবে না। সম্মুখদিকে স্থানভ্রষ্ট—বিশেষতঃ যদি সামান্য ন্যুব্জতা বা অন্য বর্দ্ধন সম্মিলিত থাকে, তবে সহজে সাউণ্ড প্রবেশ

করান যায় না। এই ঘটনায় সাউণ্ড ভিন্ন ভিন্ন রূপে বক্র করিয়া প্রবেশ করানের জন্য চেষ্টা করিবে। কখনই বল প্রয়োগ করিবে না।

চিকিৎসা।—সম্মুখাভিমুখে স্থানভ্রষ্ট হইয়াছে—স্থির হইলে সহজে সঞ্চালিত হয় কি না, কিংবা কিরূপ সংযোগ দ্বারা আবদ্ধ আছে, তাহা স্থির করিয়া দক্ষিণ হস্তের অঙ্গুলী পিউবিস অস্থির পশ্চাতে গভীরদিকে লইয়া যাইয়া তদ্দ্বারা জরায়ুফণ্ডসে ঊর্দ্ধ ও পশ্চাদভিমুখে সঞ্চাপ দিয়া জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ উত্থিত করিতে চেষ্টা করিবে। সেই সময়েই বাম হস্তের অঙ্গুলী যোনি মধ্যে লইয়া তদ্দ্বারা জরায়ু-গ্রীবা সম্মুখাভিমুখে আনিতে চেষ্টা করিলে জরায়ু সুস্থাবস্থার ন্যায় অবস্থিত হইতে পারে। কিন্তু জরায়ু সংযোগ ইত্যাদি দ্বারা বস্তিগহ্বরের সহিত আবদ্ধ থাকে, তজ্জন্য অধিকাংশ স্থলেই এই কৌশল অবলম্বন করিয়া সুফল লাভ করা যায় না। বিশেষতঃ পল্লীগ্রাম হইতে যে সকল স্ত্রীলোক চিকিৎসার জন্য কলিকাতায় আইসে, তাহারা দীর্ঘকাল অসুস্থাবস্থায় অতিবাহিত করিয়া আইসে, এ বিধায় উক্ত কৌশলে তো কোন ফল পাওয়াই যায় না, পরন্তু সাউণ্ডের সাহায্যেও জরায়ু প্রকৃতিস্থ করা প্রায় অসম্ভব হইয়া পড়ে। এই সকল স্থলে পীড়ার নিদানতত্ত্বের প্রতি লক্ষ্য করতঃ তাহার প্রতিবিধান এবং সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতির জন্য যত্ন করা কর্ত্তব্য। দৈহিক স্রাবণ-ক্রিয়া বর্দ্ধন এবং জরায়ুর রক্তাধিক্য, বিবৃদ্ধি, গ্রীবারন্ধ্রের সঙ্কোচন, অর্ব্বুদ বা রস সঞ্চয় ইত্যাদি উপসর্গ বর্ত্তমান থাকিলে তাহার উপযুক্ত চিকিৎসা করিবে। উদরগহ্বর হইতে বস্তিগহ্বরে সঞ্চাপ পতিত হইয়া থাকিলে সম্ভব হইলে তাহা দূর করিতে হইবে। এই সঙ্গে সঙ্গে জরায়ু স্বাভাবিক স্থানে স্থাপন এবং পুনর্ব্বার স্থানভ্রষ্ট না হইতে পারে তজ্জন্য পেশারী প্রয়োগ করিতে যত্ন করা উচিত। সম্মুখে অধিক স্থানভ্রষ্ট হইলেই এইরূপ চিকিৎসার প্রয়োজন। সামান্য স্থানভ্রষ্টতার জন্য অল্পই অসুবিধা হইয়া থাকে।

নানাবিধ পেশারী প্রচলিত আছে কিন্তু সকল পেশারীতেই যে উপকারী, এমত নহে, বরং অনেক পেশারী দ্বারা উপকারের পরিবর্ত্তে অপকার হইয়া থাকে। এজন্ত কোন্ পেশারী ব্যবহার করা উচিত, তাহা বিশেষ বিবেচনা পূর্ব্বক স্থির করা আবশ্যক। অনুপযুক্ত স্থলে পেশারী ব্যবহার করিলেও অনিষ্ট হইতে পারে।

পেশারী প্রয়োগ সম্বন্ধে নিম্নলিখিত কয়েকটী নিয়ম স্মরণ রাখা আবশ্যক।

১। পেশারী প্রয়োগ করার পূর্ব্বে অঙ্গুলী দ্বারা যোনি-জরায়ু পরীক্ষা এবং মল মূত্রাশয় পরিষ্কার করা আবশ্যক।

২। সম্মুখাভিমুখে স্থানভ্রষ্ট বা ঝুল জরায়ুতে রক্তাধিক্য, উত্তেজনা, রন্ধ্রের সংকীর্ণতা, কিম্বা বিবৃদ্ধি বর্ত্তমান থাকিলে তাহার প্রতিকার না করিয়া কখনই অবিচ্ছেদে পেশারী ব্যবহার করাইবে না। প্রথমে, মধ্যে মধ্যে জরায়ুর গ্রীবা প্রসারণ, সাউণ্ড দ্বারা জরায়ুর স্বস্থানে পুনঃ স্থাপন, এবং রোগিণীকে উত্তানভাবে শয়ান করিতে যত্ন করাইতে হইবে। এতৎসহ সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতির প্রতিও লক্ষ্য রাখা কর্ত্তব্য।

৩। সেলুলইড্, নমনীয় ধাতব, কোমল রবার, ওয়ারহজ, বা অন্য কোনরূপ পেশারী—কত বড়, কিরূপ গঠন, কি পরিমাণ গুরুত্ব, কত শক্তিবিশিষ্ট আবশ্যক তাহা স্থানভ্রষ্টতার পরিমাণ, যোনির আয়তন, এবং স্বাভাবিক পৈশিক শক্তি প্রভৃতি পরীক্ষা করিয়া স্থির করিতে হইবে। উদ্দেশ্যানুযায়ী পেশারী সকল দোকানেই পাওয়া যায় না, তজ্জন্য ভিন্ন ভিন্ন স্থানে অনুসন্ধান করিতে হয়। উপযুক্ত পেশারী পাওয়া না গেলে বরং পেশারী না দেওয়া ভাল। তথাপি যা তা একটা পরাইয়া দেওয়া উচিত নহে। পেশারীর দোষে বিস্তর অনিষ্ট হয়।

৪। জরায়ু স্বাভাবিক স্থানে পুনর্ব্বার অবস্থিত হওয়া সম্বন্ধে নিঃসন্দেহ না হওয়া পর্য্যন্ত পেশারী প্রয়োগ করিবে না।

৫। কিরূপে পেশারী প্রয়োগ করিতে হয় এবং কিরূপেই বা তাহা বহির্গত করিতে হয়, রোগিণীকে তদ্বিষয়ে উত্তমরূপে শিক্ষা দেওয়া কর্ত্তব্য। কারণ পেশারী দ্বারা বেদনা ইত্যাদি কোনরূপ যন্ত্রণা উপস্থিত হইলে সে তৎক্ষণাৎ বহির্গত করিতে পারে এবং আবশ্যক হইলে পুনঃ স্থাপন করিতেও পারে। কিন্তু প্রথম প্রথম এই কার্য্য চিকিৎসক স্বয়ং করিবেন।

৬। পেশারী স্থাপন করার পর কোনরূপ অসুবিধা—বেদনা, যোনির উত্তেজনা, পেশারীর স্থানভ্রষ্টতা প্রভৃতি উপস্থিত হয় কি না, তৎসম্বন্ধে সতর্ক দৃষ্টি রাখিতে হয়। মধ্যে মধ্যে পচননিবারক জল দ্বারা যোনিগহ্বর পরিষ্কার করা উচিত।

৭। মলমূত্র পরিষ্কার হইতেছে কি না, তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখিতে হইবে। সম্মুখদিকের স্থানভ্রষ্টতায় মূত্রাশয় পরিপূর্ণ থাকিলে উপকার হয়।

৮। সঙ্গমে বিঘ্ন উৎপাদন না করে, এমত পেশারী প্রয়োগ করিতে পারিলে ভাল হয়।

কেবল পুস্তকের বর্ণনা পাঠ করিয়া পেশারী নির্দ্দিষ্ট এবং সংস্থাপন শিক্ষা করা অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। সুশিক্ষিত চিকিৎসকের অধীনস্থ স্ত্রী-রোগ চিকিৎসালয়ই শিক্ষার উপযুক্ত স্থান।

সম্মুখ দিকে স্থানভ্রষ্ট জরায়ুর পেশারী প্রয়োগের উদ্দেশ্য—স্থানভ্রষ্ট জরায়ুর উর্দ্ধাংশ স্বস্থানে উত্তোলন এবং পুনঃ স্থানভ্রষ্ট হওয়ার প্রতিবিধান। হজের (Hodge) পেশারী দ্বারা এই উদ্দেশ্য সফল হইতে পারে। ছোট বড় নানারূপ হজের পেশারী বিক্রয় হয়। সেলুলইড্ রিং পেশারী অত্যন্ত উত্তপ্ত জল মধ্যে নিমজ্জিত করিলে কোমল হয়। তৎপর যেকোন আকারে বক্র করিয়া শীতল জল মধ্যে নিমজ্জিত করিলেই পুনর্ব্বার কঠিন হয়। এইরূপ সেলুলইড্ পেশারী ব্যব-

কারের পক্ষে সুবিধা। কিন্তু প্রায়ই বক্রতা স্থায়ী হয় না। এপিটজার্ণ-নের পক্ষে গ্যালাবিনের ভলকেনাইট পেশারী উৎকৃষ্ট। গ্যালাবিনের পেশারী হজের পেশারীর সম্মুখ ভাগের স্থানে বিস্তৃত প্রায় ঊর্দ্ধমুখ সমচতুষ্কোণ খিলান। যথোপযুক্ত ভাবে স্থাপিত হইলে এই খিলানের উপরেই জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশের ভার ন্যস্ত হয়।

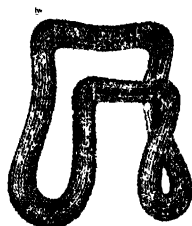
গ্যালাবিনের পেশারীর সমগ্র অংশ এরূপ ভাবে যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইবে যে, প্রথমে পেশারীর ঊর্দ্ধাংশ জরায়ু-গ্রীবার সম্মুখাংশে অবস্থিত হয়। তৎপর তর্জ্জনী অঙ্গুলী দ্বারা ইহাতে সঞ্চাপ দিয়া এরূপ ভাবে ঠেলিয়া দিবে যে, পেশারীর ঊর্দ্ধাংশ গ্রীবার পশ্চাদংশে আবদ্ধ হইয়া পশ্চাৎ কুল-ডি-স্যাকে আবদ্ধ থাকে।

গ্রেলী হিউটের (Grailly Hewitt) ক্রেডেল পেশারীও সম্মুখ বক্রতার পক্ষে উপকারী। ইঁহার বৃহৎ বলয় মধ্যে জরায়ু গ্রীবা এবং পেশারীর চূড়াকৃতির অংশ জরায়ুর সম্মুখাংশে অবস্থিত হইতে পারে, এরূপভাবে প্রবেশ করাইতে হয়। বৃহৎ বলয়টী যোনিমুখ মধ্যে প্রবেশ করাইয়া পশ্চাদূর্দ্ধাভিমুখে ঠেলিয়া দিয়া চূড়াকৃতি অংশ জরায়ুর সম্মুখে লইয়া গেলেই ওরূপ ভাবে অবস্থিত হইতে পারে। এই উদ্দেশ্যে নিম্ন হইতে ঊর্দ্ধাভিমুখে ঠেলিয়া দিতে হয়।

ব্লাকবীর (Blackbee) রবারের পেশারী অতি সহজে প্রয়োগ করা যায়। সম্মুখ এবং পশ্চাৎ উভয় দিকের স্থানভ্রষ্টতায় প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। ৫৫শং চিত্র।

সাধারণ চিকিৎসকের পক্ষে এইরূপ পেশারীই ব্যবহার করা সুবিধাজনক।

ফাউলারের (Fowler) পেশারীরও অগ্র এবং পশ্চাৎ উভয় দিকের স্থানভ্রষ্টতায় ব্যবহৃত হইতে পারে; কিন্তু অধিকাংশ স্থলে পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্টতায় অধিক প্রয়োজিত হয়। এই পেশারী "পেট মোটা কুম্ভীর"

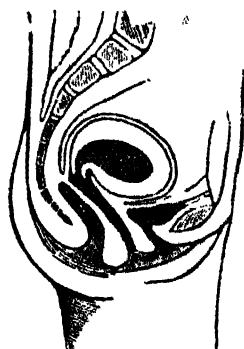
আকৃতি বিশিষ্ট; মধ্যস্থলে একটী গোলাকার ছিদ্র থাকে, এই ছিদ্র-মধ্য দিয়া জরায়ু-গ্রীবা প্রবিষ্ট হয়। নলাকারের স্পেকুলম্ যেরূপ ভাবে গ্রীবার সকল দিক্ পরিবেষ্টন করে; এই পেশারীও তদ্রূপ ভাবে অবস্থিত হয়। পেশারীর সম্মুখ বক্রাংশেও অপর একটী ছিদ্র থাকে, এই ছিদ্র মধ্যে অঙ্গুলী দিয়া সহজে প্রবেশ ও বহির্গত করান যায়। যে স্থলে যোনি, গ্রীবার বাহ্য মুখের সন্নিকটে সম্মিলিত থাকে, সেই স্থলে এই পেশারী ব্যবহার করিলে গ্রীবা উত্তমরূপে ছিদ্র মধ্যে প্রবেশ করিতে পারে না, তজ্জন্য পেশারীও বাবের অনুরূপ কার্য্য করিতে অক্ষম হওয়ায় কোন উপকার হয় না এবং পেশারীর মুক্তদিক উর্দ্ধাভি-মুখে থাকা হেতু তন্মধ্যে নিঃসৃত স্রাব ইত্যাদি সঞ্চিত হইয়া তাহা দূষিত

৪৪শং চিত্র। গাকবীর পেশারী।

এবং তজ্জন্য অনিষ্ট হইতে পারে। পরন্তু ভাল্‌কেনাইট্ পেশারীর কোন অংশের পালিশ বিনষ্ট হইলেও তন্মধ্যে স্রাব প্রবেশ করিয়া অনিষ্ট করিতে পারে। যদিও রোগিণী এই পেশারী স্বয়ং ব্যবহার করিতে পারে তত্রাপি চিকিৎসকের কর্ত্তব্য যে, তিনি সময়ে সময়ে পেশারী পরীক্ষা করেন।

গেরাং (Gehrung) এর পেশারীও অগ্র পশ্চাৎ উভয় দিকের স্থানভ্রষ্টতায় ব্যবহৃত হয়। এই পেশারী কিরূপ ভাবে জরায়ু-গ্রীবায় স্থাপন করিতে হয় তাহা চিত্র দৃষ্টে সহজে হৃদয়ঙ্গম হইবে।

জরায়ুর সম্মুখ-ন্যুব্জতা।

(এণ্টিফ্লেক্‌শন Anteflexion)

জরায়ুর দেহ সম্মুখাভিমুখে গ্রীবার দিকে নত হইয়া পড়িলে এণ্টিফ্লেক্‌শন অর্থাৎ সম্মুখ-ন্যুব্জতা নামে উক্ত হয়। এই অবস্থায় জরায়ু-গহ্বরের দীর্ঘ অক্ষরেখা অভ্যন্তর মুখের সন্নিকটে বক্রভাব ধারণ পূর্ব্বক কোণের অনুরূপ হয়। ন্যুব্জতার পরিমাণানুসারে কোণের স্থূলত্বের পরিমাণের ন্যূনাধিক্য হয়। কেবল স্থানভ্রষ্ট হইলে এইরূপ কোণ উৎপন্ন হয় না। কিন্তু অনেক সময় উভয় অবস্থা একত্রে থাকিতে পারে। আজন্ম বা পরেও উৎপন্ন হইয়া থাকে। এইরূপ ন্যুব্জতার জন্য

৪৬শৎ চিত্র। জরায়ুর সম্মুখ-ন্যুব্জতা।

বালিকা বা কুমারীদিগের বিশেষ কোন কষ্ট হয় না, কিন্তু বিবাহের পর উত্তেজনা উপস্থিত হইলে যথেষ্ট আর্ত্তবস্রাব হয় অথচ মুখের অবরোধ জন্য উক্ত স্রাব সহজে বহির্গত হইতে না পারায় রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার লক্ষণ উপস্থিত হওয়ায় বিশেষ কষ্ট হইতে পারে। কোন কোন স্থলে যন্ত্রণা না থাকিলেও যুবতীদিগের বাধক পীড়ার যে ইহাই প্রধান কারণ, তাহা স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য।

গেলার্ডটমাস্ বলেন—গ্রীবা সম্মুখ দিকে ন্যুব্জ ও দেহ স্বাভাবিক স্থলে অবস্থিত হইতে পারে। অনপত্যাকাবস্থায় গ্রীবার ও দেহের সম্মিলিত এবং অপত্যাকাবস্থায় কেবল দেহের ন্যুব্জতা অধিক দেখা যায় কিন্তু ম্যাকনাটোনজোন্স মহোদয়ের মতে দেহের ন্যুব্জতাই সচরাচর দৃষ্ট হয় এবং তৎসহ সূচীবৎ গ্রীবা, ক্ষুদ্র অগ্র ওষ্ঠ এবং সূক্ষ্ম জরায়ুরন্ধ্র বর্ত্তমান থাকে।

আজন্ম অসম্পূর্ণ গঠন জন্য কখন কখন এমতও দেখা যায় যে, জরায়ুর দেহ কেবল মাত্র অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিত কিন্তু গ্রীবা স্বাভাবিক থাকে।

কারণ।—সম্মুখ দিকের স্থানভ্রষ্টতার যে যে কারণ নির্দ্দেশ করা হইয়াছে। পরে উৎপন্ন সম্মুখন্যুব্জতাও সেই সেই কারণে হইতে পারে। জরায়ু দেহ গ্রীবার সংযোগস্থলে বক্র হইলে শোণিত সঞ্চালনের বিঘ্ন উপস্থিত হওয়ায় শৈরিক রক্তাধিক্য এবং রক্তাধিক্য জন্য বৈধানিক কাঠিন্য, বিবৃদ্ধি, পরিবর্ত্তন, বা অবরোধ উপস্থিত হইতে পারে। উদ্ধাংশের সম্মুখ প্রাচীরেই অধিক পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। আয়তন বৃহৎ হওয়ায় পরিপোষণ জন্য অধিক শোণিত আবশ্যক হয়। তজ্জন্য যে কেবল শৈরিক রক্তাধিক্য বর্ত্তমান থাকে তাহা নহে, পরন্তু আর্ত্তবস্রাব সময়ে সাময়িক রক্তাবেগ অধিক হয়, এই ঘটনায় সমস্ত জরায়ু-গঠন বিশৃঙ্খল হয়। স্রাব নিঃসরণের প্রতিবন্ধকতা বর্ত্তমান থাকিলে অধিক কুফল ফলে।

জরায়ুর বহির্দ্দেশের নানা কারণে জরায়ুতে রক্তাধিক্য এবং সঙ্কাপ পতিত হওয়ার এইরূপ বক্রতা উপস্থিত হইতে পারে। যেমন—অর্ব্বুদ, সংযোগ, প্রদাহজ রসসঞ্চয়, রেট্রোহিমেটোসিল, সরলান্ত্রের উর্দ্ধ হইতে সঙ্কাপ প্রভৃতি।

অণ্ডাশয়, ব্রডলিগামেণ্ট, অণ্ডবহনল প্রভৃতিতে প্রাথমিক পীড়ার

ফলে গৌণভাবে জরায়ু বক্র হইতে পারে। যেমন—ব্রডলিগামেন্টের প্রদাহজ রসসঞ্চয়, অণ্ডবহনলের সংযোগ, পেরিমিট্রিক প্রদাহ।

সম্মুখ কুল-ডি স্যাকের কৌষিক বিধানের প্রদাহের (প্যারামিট্রাইটিস্) পরিণামে জরায়ুর গ্রীবা এবং দেহ আকর্ষিত হইতে পারে। ইউটিরো-সেক্রাল্ বন্ধনীর যে অংশ অভ্যন্তর মুখের বহির্দেশে সম্মিলিত, প্রদাহাদি কারণ বশতঃ এই অংশ আকর্ষিত হইলেও জরায়ু সম্মুখ দিকে ন্যুব্জ হয়।

লক্ষণ।—সামান্য একটু ন্যুব্জ হইলে বিশেষ কোন লক্ষণ উপস্থিত হয় না; কিন্তু অধিক ন্যুব্জ হইলে গ্রীবারন্ধ্রের সঙ্কোচন, মূত্রাশয়োপরি সঞ্চাপ, প্রদাহ, এবং বন্ধ্যাত্ব প্রভৃতি লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে। রজঃকৃচ্ছ্রতা, সঙ্গম-কষ্ট, যোনি-মুখের উত্তেজনা, জরায়ু-গ্রীবার উত্তেজনা ও রক্তাধিক্য, এবং অণ্ডাশয়ে রক্তাধিক্য থাকায় যোনির পশ্চাদূর্দ্ধাংশে সঞ্চাপ ইত্যাদি লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে। মূত্রাশয় সঞ্চাপিত থাকায় পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগের ইচ্ছা, মূত্র ধারণ করিতে কষ্ট, গুরুত্ব ও বেদনা বোধ হয়। গমনাগমনে কষ্ট এবং শরীরের নানা স্থানে স্নায়বীয় বেদনা উপস্থিত হয়।

নির্ণয়।—অঙ্গুলী পরীক্ষায় সম্মুখাংশে পূর্ণ নিরেট পদার্থ—জরায়ুর দেহ এবং তাহার বক্র স্থান অনুভূত হয়। সংযোগ ইত্যাদি দ্বারা আকর্ষিত না হইলে যোনির ছাদের অক্ষ রেখায় বক্রতার সন্নিকটে জরায়ু-গ্রীবা অনুভব করা যায়। কখন কখন সংযোগ ইত্যাদি দ্বারা আকর্ষিত হওয়ায় গ্রীবাও সম্মুখাংশে আইসে। এইরূপ স্থলে জরায়ুর পশ্চাদ্দিকে আংশিক স্থানভ্রষ্টতা বা ন্যুব্জতার সহিত ভ্রম না হয়, তদ্বিষয়ে সতর্ক হইয়া পরীক্ষা করিতে হয়। অগ্র ন্যুব্জ জরায়ু কখন কখন স্বাভাবিক স্থানাপেক্ষা নিম্নে—যোনি মধ্যে অবস্থিত হয়। এইরূপ অঙ্গুলী-পরীক্ষার সময়েই যোনির ছাদ পরীক্ষা করিয়া সংযোজক

আকুঞ্চিত পদার্থ, প্রদাহজ রস সঞ্চয় এবং বক্রতার পরিমাণ স্থির করিতে যত্ন করা কর্ত্তব্য। অঙ্গুলী যোনি মধ্যে থাকার সময়েই অপর হস্ত উদরোপরি স্থাপন পূর্ব্বক জরায়ুর আয়তন ও সঞ্চালন শীলতা স্থির করিতে হয়। পরীক্ষায় জরায়ু-প্রাচীরের সৌত্রিক অর্ব্বুদ বা সম্মুখাংশে রস সঞ্চয় বিষয়ে সন্দেহ উপস্থিত হইলে জরায়ু গহ্বরে সাউণ্ড প্রবিষ্ট করাইয়া নিঃসন্দেহ হওয়া কর্ত্তব্য। সাউণ্ড প্রবেশ করানের সময়ে তাহা আবদ্ধ হইলে বহির্গত করতঃ ভিন্ন ভিন্ন রূপে বক্র করিয়া পুনর্ব্বার প্রবেশ করাইতে যত্ন করা উচিত। সাউণ্ড প্রবিষ্ট হইলে জরায়ুর দৈর্ঘ্য ও গতি, উত্তেজনা এবং সঞ্চালনশীলতার পরিমাণ স্থির করা সহজ হয়। অঙ্গুলী ও সাউণ্ড এই উভয়ের মধ্যাস্থিত স্থান—জরায়ু-প্রাচীর কত স্থূল তাহাও সাউণ্ড সাহায্যে স্থির হইতে পারে। জরায়ু-গহ্বরের দৈর্ঘ্য, এবং সন্দেহযুক্ত পদার্থ কিরূপ সঞ্চালিত হয়, তাহাও নির্ণয় করা যায়।

সম্মুখ দিকে ন্যুব্জ জরায়ুতে সাউণ্ড প্রবেশ করান অত্যন্ত কঠিন। যোনিমধ্যস্থিত অঙ্গুলী দ্বারা ফণ্ডস ঊর্দ্ধাভিমুখে উত্থিত এবং এই সময়েই সাউণ্ডের মুষ্টি বিটপের দিকে নত করিয়া প্রবেশ করান যাইতে পারে। প্রবেশ করানের সময়ে বল প্রয়োগ না করিয়া স্থির ধীর ভাবে কার্য্য করিতে হয়। এই পরীক্ষার সময়ে জরায়ুর সম্মুখ-ন্যুব্জতার সহিত কোনরূপ অর্ব্বুদ, রসসঞ্চয়, পুরাতন সংযোগ বা মূত্রাশয়ের অর্ব্বুদ কিংবা অশ্মরীর ভ্রম হইল কি না, তাহা অনুভব করিতে হয়।

চিকিৎসা।—ন্যুব্জতার চিকিৎসার অসুবিধা এই যে, সকল স্থলে এক প্রণালীর ধারাবাহিক চিকিৎসায় উপকার পাওয়া যায় না। যে প্রণালীতে এক জনের পীড়া আরোগ্য হয়, অপরের সেই প্রণালীতে কোন উপকারই হয় না। তজ্জন্য প্রত্যেক সম্মুখ-ন্যুব্জতার স্থলেই অবস্থানুসারে চিকিৎসাপ্রণালী নিম্নলিখিত অবস্থার প্রতি নির্ভর করে।

(ক) মূত্রকৃচ্ছতার জন্য অসুবিধা।

(খ) জরায়ুর সহ্য শক্তি অনুসারে সাউণ্ড প্রবেশ, সময়ে সময়ে স্বাভাবিক অবস্থায় স্থাপন এবং ষ্টেম প্রয়োগ প্রভৃতির অবলম্বন।

(গ) পেরিমেট্রাইটিস্, এণ্ডোমেট্রাইটিস্, ইউটেরাইন ফাইব্রইড এবং সংযোগ ইত্যাদি উপসর্গ বিদ্যমানতা।

অবস্থানুসারে অঙ্গুলী সঞ্চালন করা অনিষ্টকর বিবেচিত হইলে, মূত্রকৃচ্ছতা সহ আনুষঙ্গিক রূপে প্রদাহ বর্ত্তমান থাকিলে অথবা বিধিসঙ্গত চেষ্টা করিয়া জরায়ু স্বাভাবিকাবস্থায় সংস্থাপন করিতে অকৃতকার্য্য হইলে বল প্রয়োগ না করিয়া অন্যরূপ চিকিৎসা করা উচিত। কোষ্ঠ পরিষ্কারের ব্যবস্থা, মূত্রাবরোধ রাখিতে উপদেশ, শান্ত সুস্থির অবস্থায় উত্তান ভাবে শয়ান, এবং সময়ে সময়ে অঙ্গুলী দ্বারা জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় স্থাপন করিয়া রোগিণীর যন্ত্রণার যথাসম্ভব উপশম করিতে যত্ন করিবে। কিন্তু উপরোক্ত কোন প্রতিবন্ধকতা বর্ত্তমান না থাকিলে দুইটী বিষয় লক্ষ্য করিয়া চিকিৎসা করিতে হয়। প্রথম, জরায়ু অস্বাভাবিক অবস্থা হইতে স্বাভাবিক আকৃতিতে স্বাভাবিক স্থানে পুনঃ স্থাপন; দ্বিতীয়, জরায়ুর ঋজুতা এবং [illegible] বক্রতার সংশোধন সম্পাদিত হইলে পর যন্ত্রের সাহায্যে স্বাভাবিক স্থানে স্থির রাখা। প্রথমোক্ত উদ্দেশ্য সাধন জন্য অঙ্গুলীর সাহায্যে কিরূপে সাউণ্ড প্রবেশ করাইতে হয় তাহা পূর্ব্বে বর্ণিত হইয়াছে। দ্বিতীয় উদ্দেশ্যে উপযুক্ত পেশারী এবং আবশ্যক হইলে বক্র সরল করার জন্য জরায়ু গহ্বরে ষ্টেম প্রবেশ করাইতে হয়। যন্ত্র ব্যবহারের পূর্ব্বে স্থানিক রক্তাধিক্য নিবৃত্তি এবং জরায়ুর অভ্যন্তরে বা সন্নিকটস্থিত বিধানে প্রদাহ থাকিলে তাহার চিকিৎসা করা উচিত। সূচীদ্বারা গ্রীবা প্রসারণ, গ্রীবায় কর্ত্তন, গ্লিসিরিণ একথাইওল ট্যাম্পন দ্বারা রস নিঃসারণ, গ্রীবা প্রসারিত করার

পর জরায়ু-গহ্বরে সাধারণ ঔষধ প্রয়োগ, এবং দৈহিক স্রাবণ ক্রিয়ার বর্দ্ধন জন্য ঔষধ ব্যবস্থা করিতে হয়। সংক্ষেপে এই বলা যাইতে পারে যে, যন্ত্রণাদায়ক সম্মুখ-ন্যুব্জ জরায়ুর চিকিৎসার জন্য রোগিণী উপস্থিত হইলে প্রথমে স্থানিক প্রদাহ নাশ করিয়া জরায়ু স্বস্থানে স্থাপন করতঃ পেশারী প্রয়োগ করাই চিকিৎসকের কর্ত্তব্য। রন্ধ্রের সংকীর্ণতা (রজঃকৃচ্ছ্রতা এবং বন্ধ্যাত্ব সম্মিলিত) বর্ত্তমান থাকিলে প্রথমে সূক্ষ্ম এবং ক্রমে ক্রমে স্থূলতর বুজী প্রবেশ করাইয়া প্রসারিত করিতে হয়। প্রথম বুজী প্রবেশ করাইয়া বক্রতার পরিমাণ স্থির করিয়া রাখিলে পরের বারে সেই বক্রতা লক্ষ্য করিয়া অপেক্ষাকৃত সহজে বুজী প্রবেশ করান যায়। মধ্যে মধ্যে এইরূপে বুজী প্রবেশ এবং নিরাপদ বিবেচিত হইলে সাউণ্ড দ্বারা জরায়ু পশ্চাদ্দিকে অল্প স্থান ভ্রষ্ট করতঃ সেই অবস্থায় রাখার জন্য পেশারী সংস্থাপন করিবে। কয়েক দিবস পর পর এইরূপ অনুষ্ঠান করিলে উপকার হয়। জরায়ুর গ্রীবা কর্ত্তন করিলেও বিশেষ উপকার হয়। ডাক্তার মরিয়ন সিমস্ গ্রীবার পশ্চাদংশে কর্ত্তন করিতে উপদেশ দেন।

৫৭শং চিত্র। কাচিন মিষ্টারের কাঁচি দ্বারা জরায়ু গ্রীবার উভয় পার্শ্ব কর্ত্তন

৫৮শং চিত্র। সিমসের প্রণালীতে জরায়ু-গহ্বরের নূতন পথ প্রস্তুত

যাহাদিগের জরায়ুতে অস্ত্রোপচার করা তত অভ্যাস নাই, তাঁহাদিগের পক্ষে কাচিন মিষ্টারের বা ইমেটের কাঁচী দ্বারা জরায়ুর পশ্চাৎ

প্রাচীর কর্ত্তন করাই সহজ এবং নিরাপদ। মূলাস্তফলকের তিন-চতুর্থাংশ ইঞ্চ পরিমাণ গ্রীবার অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট করাইয়া কর্ত্তন করিলে গ্রীবার যে স্থানে যোনি-প্রাচীর সংলগ্ন থাকে তাহার নিম্ন পর্য্যন্ত বিভক্ত হয়।

গ্রীবার অভ্যন্তর মুখ পর্য্যন্ত কর্ত্তন করিতে হইলে সিমসের ছুরিকা ব্যবহার করা কর্ত্তব্য। নিম্নলিখিত প্রণালীতে অস্ত্রোপচার সম্পাদন করিতে হয়।

রোগিণীকে সুবিধানুযায়ী শয়ান করাইয়া জরায়ু-গ্রীবা দৃষ্টিগোচরে আনয়ন করতঃ টেনাকিউলম্ বিদ্ধ করিয়া স্থিরভাবে রাখিবে। আবশ্যক হইলে পূর্ব্বেই গ্রীবা প্রসারিত করা কর্ত্তব্য। কাচিনমিষ্টারের কাঁচি দ্বারা পূর্ব্ববর্ণিত প্রণালীতে গ্রীবার পশ্চাৎ প্রাচীর আংশিক বিভক্ত করতঃ অভ্যন্তর মুখ মধ্যে সিমসের ছুরিকা প্রবিষ্ট করাইয়া গ্রীবার পশ্চাৎ প্রাচীর কর্ত্তন করিবে। সম্মুখ প্রাচীরে বক্রতা বর্ত্তমান থাকিলে ছুরিকা ঘুরাইয়া তাহাও কর্ত্তন করিতে হয়। এতৎ সম্বন্ধে যে যে বিষয়ে সতর্ক হইতে হইবে, তাহা পূর্ব্বে বর্ণনা করা হইয়াছে। আর্ত্তব স্রাবের কয়েক দিবস পূর্ব্বেই অস্ত্রোপচার এবং পুনর্ব্বার আর্ত্তবস্রাব না হওয়া পর্য্যন্ত শান্ত সুস্থির অবস্থায় রাখা কর্ত্তব্য। অন্ততঃ দশ দিবস কাল শয্যাগত রাখিতে হয়। এই অস্ত্রোপচারের ফলে অনেক সময়ে অনিষ্ট হইতে পারে।

ভুলিয়ের প্ল্যাষ্টিক অস্ত্রোপচার (Plastic operation of vulliet for stenosis of the cervix)।—গ্রীবার যেরূপ কৃচ্ছ্রসাধ্য সঙ্কোচনাবস্থায় প্রসারণ বা তদ্রূপ উপায় অবলম্বিত হয়, সেইরূপ স্থলে এই অস্ত্রোপচার সম্পাদন করা যায়।

গ্রীবায় পুরাতন প্রদাহ বর্ত্তমান থাকিলে অপকার সম্ভাবনা। সতর্কভাবে পচন-নিবারক প্রণালী অবলম্বনীয়।

১। গ্রীবা এবং যোনির ছাদ আকর্ষণ করিয়া এত নিম্নে আনয়ন করিবে যে, তাহা যোনিমুখের সমসূত্রে অবস্থিত হয়।

২। গ্রীবার সম্মুখে যে স্থানে যোনি-প্রাচীর সম্মিলিত হইয়াছে, সেই স্থানে অনু-

প্রায়—চন্দ্রকলাকারে একটী কর্ত্তন করিয়া এই কর্ত্তনের উপরে যোনির সম্মুখ-ছাদের মধ্য-রেখায় অনুলম্বভাবে অপর একটী কর্ত্তন করিবে। এই শেষোক্ত কর্ত্তনের উভয় পার্শ্বের অংশ এতদূর পৃথক্ করিয়া ফ্ল্যাপ (Flap) প্রস্তুত করিতে হইবে যে, জরায়ুর সম্মুখ প্রাচীরের যে স্থান বক্র হওয়ায় কোণ উৎপন্ন হইয়াছে, তাহার অল্প উপর পর্য্যন্ত অংশের জরায়ুর সম্মুখ প্রাচীরের আবরণ উন্মুক্ত হয়। এইরূপ ভাবে উভয় পার্শ্বের কর্ত্তিত অংশ হইতে ফ্ল্যাপ প্রস্তুত করিলে কর্ত্তিত স্থান ত্রিকোণ দৃষ্ট হইবে। ফ্ল্যাপ প্রস্তুত সময়ে মূত্রাশয় মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া তাহা আহত না হয় তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখিতে হইবে।

৩। সহকারী একটী শূন্যগর্ভ খাঁচযুক্ত সাউণ্ড জরায়ু মধ্যে প্রবেশ করাইয়া এরূপ ভাবে ঘুরাইয়া ধরিবেন যে, জরায়ু উত্থিত এবং খাঁচ চিকিৎসকের অভিমুখে থাকে।

৪। চিকিৎসক অঙ্গুলী দ্বারা সাউণ্ড অনুভব করতঃ পূর্ব্বোক্ত কর্ত্তিত ত্রিকোণ স্থানের মধ্যে এরূপ ভাবে ছুরিকা বিদ্ধ করিবেন যে, ছুরিকার অগ্র সাউণ্ডের খাঁচ মধ্যে যাইয়া প্রবিষ্ট হয়। ছুরিকার অগ্র খাঁচ মধ্যে প্রবিষ্ট হইয়াছে তাহা নিশ্চিত হইলে উপরের দিকে অবরোধযুক্ত স্থানের ½ ইঞ্চ উপর পর্য্যন্ত কর্ত্তন করিয়া ছুরিকা বহির্গত এবং পুনঃ প্রবিষ্ট করিয়া দ্বিতীয় বার ছুরিকা এরূপ ভাবে পরিচালিত করিতে হইবে যে, প্রথম কর্ত্তন হইতে গ্রীবার বাম পার্শ্ব পরিবেষ্টন করতঃ বাহ্যমুখের পশ্চাদংশে যাইয়া শেষ হয়। এইরূপ ভাবে কর্ত্তন করিলে গ্রীবার সম্মুখ এবং বাম পার্শ্বের প্রাচীরের কিয়দংশ দ্বারা একটি বৃহৎ ত্রিকোণ ফ্ল্যাপ প্রস্তুত হইবে। এই ফ্ল্যাপ গ্রীবার দক্ষিণ পার্শ্বে সংলগ্ন এবং তাহার কোণটী নিম্নদিকে ঝুলিতে থাকে।

৫। উক্ত দোদুল্যমান কোণ ফরসেপস্ দ্বারা ধরিয়া কর্ত্তনের ঊর্দ্ধাগ্রে লইয়া তথায় সেলাইদ্বারা আবদ্ধ করিয়া দিবে, পার্শ্বেও দুই একটী সেলাই দেওয়া কর্ত্তব্য। ফ্ল্যাপ এই স্থানে সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করার পূর্ব্বে তাহার নিম্নাংশের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দূরীভূত করা উচিত। নতুবা ক্ষত সহ উত্তমরূপে সম্মিলিত হইতে পারে না। সুতরাং পরিপোষিতও হয় না।

পরিশেষে যোনির ছাদের উভয় পার্শ্বের ফ্ল্যাপ একত্র করতঃ ক্ষত আবৃত করিয়া সেলাই দ্বারা বন্ধ করিয়া দিবে।

ডড্লির (Dudley) অস্ত্রোপচার।—রোগিণীকে বাম পার্শ্বে শয়ান করাইয়া যোনি মধ্যে সিমসের ক্ষুদ্র স্পেকুলম প্রবেশ, পচননিবারক জল দ্বারা যোনি ধৌত, গ্রীবার সম্মুখ ওষ্ঠের মধ্যস্থলে টেনাকিউলম বিদ্ধ করিয়া জরায়ু নিম্নে আকর্ষণ করতঃ

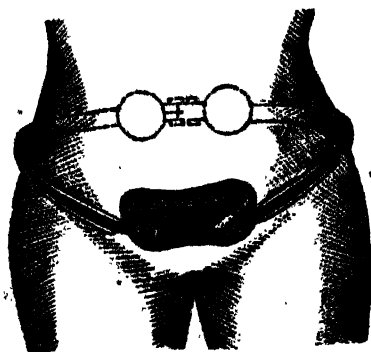
বক্রতার যথাসম্ভব সরলতা সম্পাদন, সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া রক্তের গতি নির্ণয়, ডাইলেটার দ্বারা গ্রীবা রন্ধ্র প্রসারণ, এবং রন্ধ্র মধ্যস্থিত কফসাইটিস প্রভৃতি মুছিয়া বহির্গত করান-পর চিকিৎসক বাম হস্তে টেনাকিউলম ধরিয়া কপুঁয়ের ন্যায় বক্র কাঁচী দক্ষিণ হস্তে লইয়া তাহার এক ফলক গ্রীবার মধ্যে এমত ভাবে প্রবেশ করাইবেন যে, তদ্দ্বারা গ্রীবার পশ্চাৎ ওষ্ঠের সমস্ত স্থূলতাসহ যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি পর্যন্ত একবারেই কর্ত্তিত হয়। এই ভাবে কর্ত্তিত হইলে একটী উপরে এবং একটী নিম্নে কর্ত্তিত প্রদেশ হইবে। প্রত্যেকে পৃথক্ ভাবে সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিতে হয়। প্রত্যেক খণ্ডের বাহ্য মুখের অন্ত পশ্চাদ্দিকে লইয়া গ্রীবার যে স্থানে কর্ত্তন শেষ হইয়াছে সেই স্থানে সেলাইয়ের দ্বারা আবদ্ধ করিয়া রাখিলে অনুলম্ব কর্ত্তন অনুপস্থ ভাবে পরিবর্ত্তিত হয়। সসূত্র সূচিকা গ্রীবার বাহ্য মুখের কর্ত্তনের সন্নিকটে বাহির দিক হইতে প্রবেশ করাইয়া গ্রীবার অভ্যন্তরাংশে বহির্গত করিয়া পুনর্ব্বার কর্ত্তনের শেষ স্থানে প্রথমের বিপরীত ভাবে অর্থাৎ অভ্যন্তর হইতে প্রবেশ করাইয়া বাহ্য দিকে বহির্গত এবং সূচিকা পরিত্যাগ করতঃ সূত্রের উভয় অগ্র টানিয়া একত্রে বন্ধন করিলেই ক্ষতের আকৃতি ঐরূপে পরিবর্ত্তিত হয়। অপর পার্শ্বেও এইরূপ সেলাই করা আবশ্যক।

এই অস্ত্রোপচারে হাইমেন অব্যাহত থাকিতে পারে, তজ্জন্য কুমারীদিগের পক্ষে এই অস্ত্রোপচার সুবিধাজনক।

অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে, সময়ে এবং পরে যতদূর সম্ভব পচননিবারক প্রণালী অবলম্বন করা উচিত। নতুবা বিপদ হওয়া আশ্চর্য্য নহে।

জরায়ুগহ্বরে ষ্টেম (Intra-uterine stems)।—ষ্টেম প্রয়োগ দ্বারা যে পরিমাণ উপকার লাভ করা যায়, প্রয়োগ সম্বন্ধে অসুবিধা তদপেক্ষা অধিক। অস্মদ্দেশীয়া রমণীদিগকে শান্ত স্থির অবস্থায় শয্যায় দীর্ঘকাল শায়িতা রাখা অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না অথচ তদ্রূপ অবস্থায় না রাখিলে বিপদ সম্ভাবনা বর্ত্তমান থাকে। চিকিৎসককেও সর্ব্বদাই রোগিণীর তত্ত্বাবধান করিতে হয়। কেহবা কতক দিবস ব্যবহার করিয়া পরে খুলিয়া রাখে। তজ্জন্য অন্য উপায়ে আরোগ্য করা সম্ভব হইলে সম্মুখ-ন্যুব্জতায় ষ্টেম প্রয়োগ না করাই উচিত। প্রয়োগ করিতে হইলে নিম্নলিখিত বিষয়ে সতর্ক হওয়া উচিত।

(ক) আর্ত্তব স্রাবের অব্যবহিত পূর্ব্বে কখনই ষ্টেম প্রয়োগ করিবে না। পূর্ব্বে প্রয়োগ করিয়া থাকিলে উক্ত সময়ে তাহা বহির্গত করা কর্ত্তব্য। (খ) কিরূপে ষ্টেম বহির্গত করিতে হয় রোগিণীকে তাহা শিক্ষা দিবে। ষ্টেমের মূলে পূর্ব্বে সূত্র বন্ধন করিয়া রাখিলে সেই ষ্টেম-সংলগ্ন সূত্র ধরিয়া টানিলেই ষ্টেম বহির্গত হয়। ষ্টেম জন্য বেদনা, শৈত্য বা অপর কোন রূপ অসুস্থাবস্থা অনুভব মাত্রই ষ্টেম বহির্গত করিতে বলিবে। (গ) জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদাহ সময়ে—জরায়ুতে প্রদাহ বর্ত্তমান থাকিলে কিংবা পূর্ব্বে জরায়ুর প্রদাহ হইয়াছিল এমত লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে কখনই ষ্টেম প্রয়োগ করিবে না। (ঘ) কাঁচের বা সেলুলইড, উত্তম পালিশ, সরল বা ঈষৎ বক্র ষ্টেম প্রয়োগ করা উচিত। (ঙ) যে সকল ষ্টেম বিটপ দেশে নির্ভর করে, তাহা প্রয়োগ অনুচিত। (চ) ষ্টেম এমত দীর্ঘ হওয়া উচিত নহে যে, জরায়ুর ফণ্ডস্ স্পর্শ করে।

ষ্টেম প্রয়োগ প্রণালী পূর্ব্বে বর্ণিত হইয়াছে। সম্মুখ-বক্রতার জন্য নানাবিধ বিশেষ ষ্টেম ব্যবহৃত হয়। গ্রেলী হিউইটের ষ্টেমসহ হস্তের

৩১ তম চিত্র। ম্যাকনাটোনজোন্সের ইউটিরাইন সাপোর্ট

পেশারী সম্মিলিত থাকে। কোন কোন ষ্টেম দ্বিখণ্ড—উভয় খণ্ডের ব্যবধান ন্যূনাধিক করা যাইতে পারে।

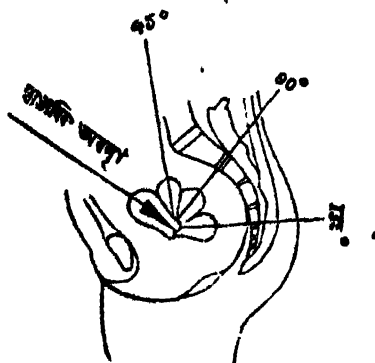
ইউটিরাইন সাপোর্ট (Uterine support)।—উদরের নিম্নাংশে যন্ত্র স্থাপন করতঃ জরায়ুকে পশ্চাদূর্দ্ধ দিকে চাপিয়া রাখার জন্য নানা-বিধ যন্ত্র ব্যবহৃত হয়, তন্মধ্যে ম্যাকনাটোনজোন্স মহোদয়ের সাপোর্ট যন্ত্র উৎকৃষ্ট। এই যন্ত্রে দুই খণ্ড স্প্রিং এবং অগ্র পশ্চাতে বায়ুপূর্ণ গদি সম্মিলিত। গুরুত্ব অল্প, কোমল, ব্যবহারের পক্ষে বিশেষ সুবিধা।

অষ্টম অধ্যায়।

পশ্চাদ্দিকে স্থানভ্রষ্টতা।

(রিট্রোভার্শন Retroversion)।

জরায়ুর ফণ্ডস অর্থাৎ উর্দ্ধাংশ স্বাভাবিক স্থান হইতে বিচ্যুত হইয়া সরলান্ত্রের দিকে বা সরলান্ত্রের উপরে পতিত এবং গ্রীবা সম্মুখ দিকে পিউবিসের অভিমুখে আসিলে তাহা রিট্রোভার্শন অর্থাৎ পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্টতা নামে উক্ত হয়। এইরূপ স্থানভ্রষ্টতার পরিমাণ অল্প বা অধিক হইতে পারে। অত্যধিক স্থানচ্যুত হইলে জরায়ু-গ্রীবা সম্মুখ-উর্দ্ধাভিমুখে এবং দেহ পশ্চাৎ-নিম্নাভিমুখে অবস্থিত হয়।

৬০তম চিত্র। জরায়ুর পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্টতার ভিন্ন ভিন্ন পরিমাণ।

কারণ। যাহাদিগের সাহায্যে জরায়ু স্বস্থানে অবস্থিত হয় তৎসমস্তের শিথিলতা, জরায়ুর আয়তন এবং গুরুত্ব বৃদ্ধি, জরায়ু প্রাচীরের দুর্ব্বলতা, জরায়ু-বিধানের কোমলত্ব এবং রক্তাধিক্য, বস্তিগহ্বরের

পশ্চাৎস্থ নিয়স্থিত জরায়ুর স্বস্থানে পরিরক্ষক বিধান সমূহের অল্পতা, সংযোগ দ্বারা জরায়ু পশ্চাদ্দিকে আকর্ষিত হওয়া ইত্যাদি কারণে জরায়ু পশ্চাদ্দিকে স্থানভ্রষ্ট হয়। অন্তঃসত্ত্বাবস্থা, গ্রীবার ছিন্ন বিচ্ছিন্নতা, অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ, প্রদাহ, অভ্যন্তর প্রদাহ; রেক্টোসিল, যোনিপ্রাচীরের দুর্ব্বলতা বা বাহ্য ভ্রংশতা, বিটপী বিদারণ, সংযোগ, আলস্যপরতন্ত্রতা, দীর্ঘকাল দণ্ডায়মানাবস্থায় অতিবাহিত করিতে হয় এমত ব্যবসা, মূত্রাশয়মধ্যে মূত্র আবদ্ধ করিয়া রাখা, ইত্যাদি সহ জরায়ু পশ্চাৎদিকে স্থানভ্রষ্ট হইতে দেখা যায়। বিবাহিতা স্ত্রীর এবং অনপত্যকা অপেক্ষা অপত্যবতীর রিট্রোভার্শন অধিক হয়। কটিদেশ এবং উদর বস্ত্র দ্বারা দৃঢ়ভাবে বন্ধন করিয়া রাখাও স্থানচ্যুত হওয়ার কারণের সাহায্যকারী।

লক্ষণ।—বস্তি গহ্বরের অসুস্থতা, মূত্রাশয় ও সরলান্ত্রের উপর সন্তাপ, দণ্ডায়মান হইলে এবং গমনাগমনে কষ্টবোধ, কটিদেশে এবং মলত্যাগসময়ে বেদনা ইত্যাদি রিট্রোভার্শনের লক্ষণ। স্থানভ্রষ্টতার পরিমাণসহ লক্ষণাদির প্রবলতার কোন সম্বন্ধ নাই; সামান্য পরিমাণ স্থানভ্রষ্ট হইলে কখন কখন গুরুতর লক্ষণ উপস্থিত হয়, আবার অত্যধিক স্থানভ্রষ্ট হইলেও বিশেষ লক্ষণ না থাকিতে পারে। এমনও দেখা গিয়াছে যে, অত্যধিক স্থানভ্রষ্ট হইয়াছে অথচ তজ্জন্য রোগিণী কোনরূপ অসুবিধা বোধ করিতেছে না। সদ্যোৎপন্ন অত্যধিক স্থানভ্রষ্টতায় প্রবল বেদনা, অবসন্নতা, উত্থানশক্তিহীনতা প্রভৃতি লক্ষণ উপস্থিত হয়, কিন্তু তদ্রূপ ঘটনা অতি বিরল। স্থানভ্রষ্টতা দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে সন্তাপজনিত বৈধানিক পরিবর্ত্তন উপস্থিত হওয়ায় রজঃকৃচ্ছ্রতা, শোণিতস্রাব, বন্ধ্যাত্ব, বেদনা, প্রদর প্রভৃতি লক্ষণ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। জরায়ু পশ্চাদ্দিকে স্থানভ্রষ্ট হওয়ার পর গর্ভ সঞ্চার হইলে অথবা গর্ভ সঞ্চার হওয়ার পর স্থানভ্রষ্ট হইলে তিন চারি মাস

মধ্যে তাহা স্রাব হওয়ার আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে। ঐ সময়ে জরায়ুর বর্দ্ধিত অবস্থার জন্য উত্তেজনা এবং অধিক অসুবিধা উপস্থিত হয়।

নির্ণয়।—অঙ্গুলী পরীক্ষায় জরায়ু-গ্রীবা সম্মুখ দিকে—পিউবিসের অভিমুখে এবং গোলাকার জরায়ু ফণ্ডস সরলান্ত্রের উপরে অনুভূত হয়। কত অংশ স্থানভ্রষ্ট হইয়াছে, তাহা ফণ্ডসের অবস্থানানুসারে স্থূলতঃ নির্ণীত হইতে পারে। উভয় হস্তের পরীক্ষা এবং সাউণ্ড প্রবেশ করাইলে নিঃসন্দেহ হওয়া যায়। অন্তঃসত্ত্বাবস্থায় স্থানভ্রষ্ট হইলে সাউণ্ড প্রবেশ না করানই উচিত। জরায়ুর পশ্চাৎ প্রাচীরের সৌত্রিক অর্ব্বুদ, রক্তার্ব্বুদ, এবং কৌষিক বিধান কিংবা বস্তিগহ্বরস্থিত অন্ত্রাবরক ঝিল্লি মধ্যে রস সঞ্চিত হইলে পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্টতা এবং স্ফ্যুজতার সহিত ভ্রম হইতে পারে। রোগিণীর ইতিবৃত্ত, উভয় হস্তের পরীক্ষা, সাউণ্ড প্রবেশ এবং জরায়ু স্বস্থানে পুনঃস্থাপন করিয়া পরস্পর পার্থক্য নির্ণয় করতঃ ভ্রম সংশোধন করিতে হয়।

চিকিৎসা।—জরায়ু স্বস্থানে পুনর্ব্বার স্থাপন করাই চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য এবং অঙ্গুলীই উৎকৃষ্ট যন্ত্র। অকৃতকার্য্য হইলে তৎপর সাউণ্ডের সাহায্য লইতে হয়।

রোগিণীকে শয্যার এক ধারে বাম পার্শ্বে শয়ান করাইয়া প্রকৃতিস্থ করিতে যত্ন করিতে হয়। বাম হস্তের তর্জ্জনী এবং মধ্যমাঙ্গুলী যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইয়া তদ্দ্বারা ফণ্ডস সম্মুখাভিমুখে এবং দক্ষিণ হস্তের তর্জ্জনী অঙ্গুলী গ্রীবার সম্মুখে স্থাপন করতঃ তদ্দ্বারা গ্রীবার পশ্চাদ্দিকে—সেক্রমের অভিমুখে সঞ্চাপ দিলে জরায়ু স্বস্থানে পুনঃস্থাপিত হইতে পারে। প্রথমবারে অকৃতকার্য্য হইলে কয়েকবার চেষ্টা করা কর্ত্তব্য।

বক্ষ-জানু অবস্থানে স্থাপন করতঃ চিকিৎসক রোগিণীর পশ্চাতে থাকিয়া, মস্তকের দিকে দৃষ্টি রাখিয়া দক্ষিণ হস্তের তর্জ্জনী ও মধ্যমাঙ্গুলী

সংকিলিষ্টভাবে যোনি মধ্যে জরায়ুর কণ্ডসের পশ্চাতে এরূপভাবে প্রবেশ করাইবে যে, হস্ত-তালু সরলান্ত্রের অভিমুখে থাকে। তৎপর অঙ্গুলীর অভ্যন্তর অংশ জরায়ু সংলগ্ন করিয়া সঞ্চাপ দ্বারা জরায়ু সরল এবং নখের পশ্চাদংশ দ্বারা কণ্ডস ঠেলিয়া লইয়া স্বস্থানে স্থাপন করিতে হয়। বক্ষস্থল শয্যায় প্রায় সংলিপ্ত এবং রোগিণীকে দীর্ঘশ্বাস ত্যাগ করিতে বলিয়া এই প্রণালীতে পুনঃ স্থাপন করিতে যত্ন করিবে। এই ভাবেই পশ্চাৎ কুল ডি-স্যাক মধ্যে গ্লিসিরিণ একথাইওল ট্যাম্পন প্রয়োগ করা উচিত। বক্ষ জানু অবস্থানে সরলান্ত্র মধ্যে অঙ্গুলী প্রবিষ্ট করাইয়া জরায়ুর উদ্ধাংশে সঞ্চাপ প্রয়োগ করিলেও তাহা স্বস্থানে পুনঃ অবস্থিত হইতে পারে।

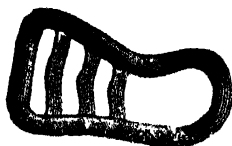
উত্তানভাবে স্থাপন করতঃ এক হস্ত দ্বারা উদরের নিম্নে সঞ্চাপ দিয়া জরায়ু-গ্রীবা নিম্নাভিমুখে এবং সেই সময়েই অপর হস্তের অঙ্গুলী যোনির মধ্যে দিয়া জরায়ুর কণ্ডস উদ্ধাভিমুখে উঠাইতে যত্ন করিতে হয়।

এই সকল অবস্থাতেই মল ও মূত্রাশয় পূর্ব্বেই পরিষ্কার করিয়া লইবে। কোন কোন স্থানভ্রষ্ট জরায়ুতে রক্তাধিক্য, টনটনানী এবং চৈতন্যাধিক্য বর্ত্তমান থাকে; তদ্রূপ অবস্থায় প্রথমে মধ্যে মধ্যে অঙ্গুলীর বা যন্ত্রের সাহায্যে স্বস্থানে পুনঃ স্থাপন করিতে যত্ন, রক্ত বা বস মোক্ষণ, উষ্ণ জলধারা, রজনীতে গ্লিসরিণের পুঁটলী ইত্যাদি প্রয়োগ করিয়া তৎপর স্থায়িভাবে স্বস্থানে স্থাপন করতঃ পেশারী প্রয়োগ করিতে হয়। কিন্তু অনেক স্থলে তদ্রূপ উপায় অবলম্বন না করিয়াই জরায়ু স্বস্থানে স্থাপন করতঃ পেশারী প্রয়োগ করা যাইতে পারে। স্বস্থানে স্থাপন সময়ে বল প্রয়োগ অনিষ্টকর। যোনি এবং জরায়ু-গ্রীবার আয়তন অনুসারে পেশারীর আয়তন নির্ণয় করিতে হয়।

জরায়ু স্বস্থানে পুনঃস্থাপন জন্য সিমস, ব্যাণ্টক, এবং ম্যাকনাটোন

জোন্স প্রভৃতির আবিষ্কৃত বিভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট যন্ত্র (Repositor) ব্যবহৃত হয়, কিন্তু সর্ব্বাপেক্ষা সাউণ্ডই সহজ, উৎকৃষ্ট এবং নিরাপদ।

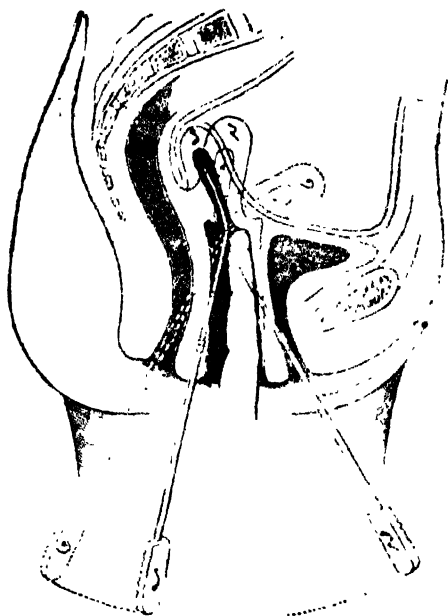
জরায়ু স্বস্থানে পুনঃ স্থাপন জন্য সাউণ্ড প্রবিষ্ট করাইয়া যথোপযুক্ত যত্ন করিলে কোন অনিষ্ট হয় না। কি প্রণালীতে সাউণ্ড পরিচালিত এবং ঘূর্ণিত করিতে হয় তাহা ৬৫তম চিত্রে প্রদর্শিত হইয়াছে।

৬১তম চিত্র। ভলকেনাইট হজপেশারী।

৬২তম চিত্র। গ্রীণ হলস্ পরিবর্ত্তিত পেশারী।

৬৩তম চিত্র। স্মিথ হজপেশারী টমাস কর্ত্তৃক পরিবর্ত্তিত।

৬৪তম চিত্র। জরায়ুর গ্রীবায় গেরং পেশারী সংস্থাপিত।

সাউণ্ডের মুষ্টির যে পার্শ্বে খাঁচকাটা, সেই পার্শ্ব পশ্চাদভিমুখে রাখিয়া জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশ করাইবে। (৬৫তম চিত্র—১—১)। তৎপর সাউণ্ডের মুষ্টি বামহস্ত দ্বারা শিথিলভাবে ধরিয়া তাহা নিম্ন হইতে দক্ষিণ পার্শ্ব দিয়া সম্মুখ উর্দ্ধাভিমুখে অর্দ্ধ চক্রে সহজে ঘুরাইয়া মধ্য রেখায় আনিলে মুষ্টির খাঁচকাটা পার্শ্ব সম্মুখাভিমুখ হইবে। (৬৫তম চিত্র—২—২)। অথচ এই ঘটনায় জরায়ু-গহ্বরে স্থিত সাউণ্ডের অগ্র অঙ্ক রেখায় কেবল পার্শ্ব পরিবর্ত্তন করিবে মাত্র। পরিশেষে উক্ত মুষ্টি বিটপীর অভিমুখে নিম্নদিকে চাপিয়া লইলে জরায়ু স্বস্থানে পুনঃ

স্থাপিত হইবে (৬৫তম চিত্র ৩—৩)। বর্ণনায় যত সহজ সাধ্য বোধ হয়, কার্য্যে কিন্তু অনেক স্থলেই তদ্বিপরীত ঘটে। প্রায়শঃ সংযোগ ইত্যাদি দ্বারা আবদ্ধ থাকায় বিঘ্ন উপস্থিত হয়। তজ্জন্য সাবধানে সাউণ্ড পরিচালনা করা উচিত।

৬৫তম চিত্র। পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্ট জরায়ু-গহ্বরে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া ঘূর্ণন এবং পুনঃ স্বস্থানে স্থাপন।

জরায়ুর মুখ অত্যন্ত সম্মুখাভিমুখে থাকিলে উক্ত প্রণালীতে সাউণ্ড প্রবেশ করান সহজ নহে। এইরূপ স্থলে প্রথমে সাউণ্ডের মুষ্টি পিউবিসের সন্নিকটে লইয়া প্রবেশ করানের চেষ্টা করিবে। কিঞ্চিৎ প্রবিষ্ট হইলে বাম হস্ত দ্বারা সাউণ্ড ধরিয়া দক্ষিণ হস্তের অঙ্গুলী দ্বারা সাউণ্ডের

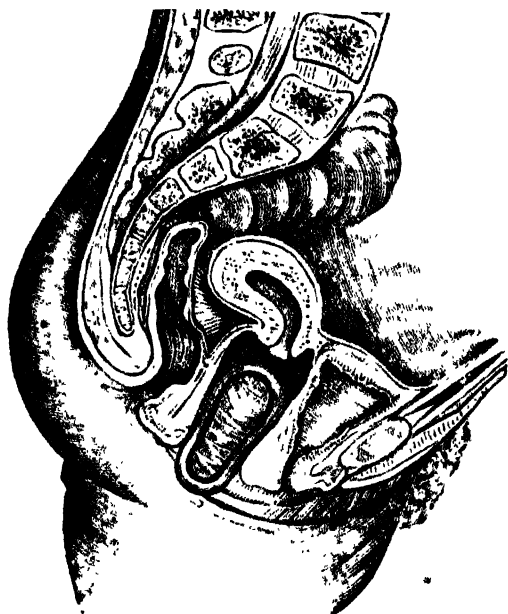
মধ্যস্থলে সেক্রমের দিকে চাপ দিয়া ফণ্ডস আংশিক উত্থিত হইলে তৎপর বাম হস্ত দ্বারা সাউণ্ড যথারীতি অর্দ্ধ চক্রে ঘুরাইলে প্রবিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। সাউণ্ড প্রবেশ না করাইয়া কেবল তাহা অক্ষ রেখায় ঘুরাইতে হয়।

স্থানভ্রষ্টতাসহ ন্যুব্জতা বর্ত্তমান থাকিলে পূর্ব্বের বর্ণনা ক্রমে সাউণ্ড ভিন্ন ভিন্ন রূপে ন্যুব্জতার পরিমাণ অনুসারে বক্র করিয়া প্রবেশ করাইতে যত্ন করিবে। প্রদাহ ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকিলে পূর্ব্বেই তাহার প্রতিবিধান কর্ত্তব্য। সাউণ্ডের সাহায্যে কিঞ্চিৎ সরল করিতে পারিলে তৎপর সরলান্ত্র এবং যোনি মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া তৎ কৌশলে স্বস্থানস্থ করা যাইতে পারে। দক্ষিণ হস্তের তর্জ্জনী অঙ্গুলী যোনি মধ্য দিয়া জরায়ু-গ্রীবায় পশ্চাৎ নিম্নদিকে এবং বাম হস্তের তর্জ্জনী অঙ্গুলী সরলান্ত্র মধ্য দিয়া সম্মুখ ঊর্দ্ধদিকে ফণ্ডসে সঞ্চাপ দিতে হয়। জানু-কণুই অবস্থানে এই কর কৌশল উত্তমরূপে সম্পাদিত হইতে পারে। উপযুক্ত সময়ে সাবধানে সংস্থাপিত করিতে হয়।

জরায়ু স্বস্থানে পুনঃ সংস্থাপনে সক্ষম হইলে পুনরায় যাহাতে স্থানভ্রষ্ট না হয়, তজ্জন্য পেশারী সংস্থাপন করা উচিত। এতদুদ্দেশ্যে কাউলার প্রভৃতির পেশারী ব্যবহৃত হয়। প্রথমে উক্ত পেশারী প্রয়োগ করিয়া কয়েক দিবস পর হজের পেশারী প্রয়োগ করা উচিত। স্থানিক টন্‌টনানী, চৈতন্যাধিক্য প্রভৃতি বর্ত্তমান থাকিলে সপ্তাহে তিনবার স্যালিসিলিক বা বোরাসিক এসিড তুলার গ্লিসিরিণ সিক্ত পুঁটলী—একটী পশ্চাৎ কুল-ডী স্যাক মধ্যে সঞ্চাপ দিয়া প্রয়োগ করতঃ ফণ্ডস সম্মুখ দিকে এবং অপর একটী পুঁটলী গ্রীবার সম্মুখে স্থাপন করতঃ সঞ্চাপ দিয়া গ্রীবা পশ্চাদ্দিকে ঠেলিয়া দিবে। তৎপর উক্ত পুঁটলী যাহাতে স্থানভ্রষ্ট না হয়, তজ্জন্য যোনি মধ্যে আরও পতননিবারক তুলা সংস্থাপন করিবে।

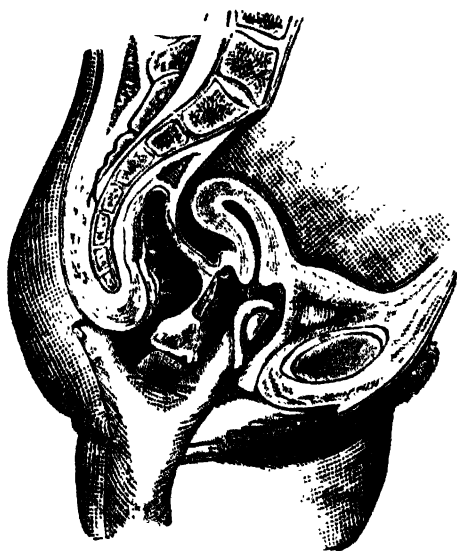
জরায়ুর পশ্চাৎদিকে স্থানভ্রষ্টতার পক্ষে হজের লিভার পেশারী (Hodge's lever pessary) উৎকৃষ্ট।

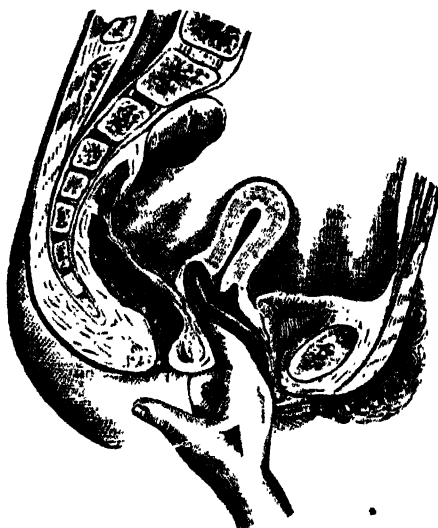
লিভার পেশারীর ক্রিয়া (lever pessary's action) ভারদণ্ড, গুরুত্ব এবং শক্তি সংমিশ্রণে উৎপন্ন হয়। পেশারী উপযুক্ত ভাবে সংস্থাপিত হইলে যোনিপ্রাচীর পশ্চাতে ও ঊর্দ্ধে সটান এবং জরায়ু গ্রীবা ঐদিকে আকর্ষিত হওয়ায় জরায়ুর মধ্যস্থল বন্ধনী দ্বারা আবদ্ধ জন্য কেন্দ্রস্থিত দণ্ডরূপে পরিণত হইলে জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ সম্মুখ দিকে উত্থিত হয়। জরায়ুর যে স্থান বন্ধনী দ্বারা মূত্রাশয়সহ সংলগ্ন, সেই স্থান ভারকেন্দ্রে পরিণত হওয়ায় গ্রীবায় শক্তি প্রয়োজিত এবং ঊর্দ্ধাংশে গুরুত্ব অবস্থিত হয়। কিন্তু পাশ্চাত্তিক স্থান-ভ্রষ্টতাসহ স্থায়িতা বর্ত্তমান থাকিলে অন্য প্রণালীতে ক্রিয়া করে। যোনির সম্মুখ প্রাচীরে ঊর্দ্ধ হইতে—উদর-গহ্বরের বেগ উপস্থিত হওয়ায় তৎসংলগ্ন পেশারীর দীর্ঘ বা নিম্নাংশে শক্তি পতিত, যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরে ভারকেন্দ্র ও জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশে গুরুত্ব থাকে, তজ্জন্য গ্রীবায় পশ্চাৎস্থিত পেশারীর ঊর্দ্ধাংশ কর্ত্তৃক ফণ্ডস উত্থিত হয়—শ্বাস গ্রহণ সময়ে ডায়াফ্রাম পেশী নিম্নে আইসায় উদর গহ্বরের যন্ত্রাদির ভার মূত্রাশয়ের উপর পতিত হয়, তজ্জন্য মূত্রাশয়সহ জরায়ুর গ্রীবা, যোনির সম্মুখ প্রাচীর এবং তৎসংলগ্ন পেশারীর দীর্ঘ অংশ নিম্নে আইসে, পরন্তু পশ্চাৎস্থিত পেশারীর ঊর্দ্ধাংশ ঐ পরিমাণে উত্থিত হওয়ায় ফণ্ডসও ঊর্দ্ধে উত্থিত হয়। এইরূপ ঘটনায় পশ্চাৎ স্থায়ী বা স্থানভ্রষ্ট জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ স্বস্থানে নীত হয় সত্য কিন্তু একবারে স্থায়ী হয় না, কারণ শ্বাস পরিত্যাগ সময়ে পুনর্ব্বার ইহার বিপরীতাবস্থা উপস্থিত হয়। পর্য্যায়ক্রমে ক্রমাগত উত্থান পতনের ফলে পরিশেষে জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় উপস্থিত হয়। উক্তরূপ আন্দোলিত হওয়ার ফলে পেশারীর সঙ্কাপ কোমল বিধানের এক নির্দ্দিষ্ট স্থানে পতিত না হওয়ার সুফল এই যে, প্রদাহ, ক্ষত প্রভৃতি উৎপন্ন হইতে পারে না। যে পেশারীর সঙ্কাপে যোনি-প্রাচীর অত্যন্ত প্রসারিত হয়, তাহা লিভার পেশারীর কার্য্যের পরিবর্ত্তে বলয়াকৃতি (ring) পেশারীর কার্য্য করে এবং উপরোক্ত ভাবে আন্দোলিত হইতে পারে না। পেশারী অস্থি প্রভৃতি কঠিন পদার্থের উপরে আবদ্ধ না করিয়া কোমল বিধানে আবদ্ধ করিলে অনিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা অল্প। পেশারী প্রয়োগ সময়েই এই সমস্ত বিষয় বিবেচনা কর্ত্তব্য। পেশারী অনুপযুক্ত, বড় বা কম হইলে; পুরাতন আবদ্ধ, অণ্ডাধারের স্থানভ্রষ্টতা বা টনটনানী কিম্বা ফণ্ডসে প্রদাহ থাকিলে প্রয়োগ জন্য অত্যন্ত যন্ত্রণা হওয়ার সম্ভাবনা। দীর্ঘকাল পেশারী পরিবর্ত্তন না করিলে নালী ঘা, দুর্গন্ধযুক্ত রস, পূয এবং শোণিত স্রাব হওয়া আশ্চর্য্য নহে।

হজের পেশারী প্রয়োগ (to insert a Hodge's Pessary)।— যোনি-মুখ সম্মুখ হইতে পশ্চাদ্দিকে দীর্ঘ, কিন্তু যোনির অভ্যন্তর ইহার বিপরীত অর্থাৎ অনুপ্রস্থ ভাবে অধিক বিস্তৃত, তজ্জন্য হজের পেশারী প্রয়োগে কৌশল আবশ্যক। রোগিণীর নিতম্ব দেশ শয্যার এক পার্শ্বে

৬৬তম চিত্র। হজের পেশারী প্রবেশ করানের প্রথমাবস্থা।

আনয়ন করতঃ উরুদ্বয় উদরের অভিমুখে টানিয়া রাখিবে। উত্তান বা পার্শ্ব, যে কোন ভাবে স্থাপন করতঃ হজের পেশারী প্রয়োগ করা যায়। সিমসের স্পেকুলম কিম্বা বাম হস্তের অঙ্গুলী দ্বারা বিটপদেশ নিম্নদিকে আকর্ষণ এবং ওষ্ঠদ্বয় পরস্পর পৃথক্ করিয়া ধরিবে। পেশারী দক্ষিণ হস্তে লইয়া তাহার প্রশস্ত বা বৃহৎ অন্ত অর্থাৎ জরায়ুর অংশ এরূপ ভাবে

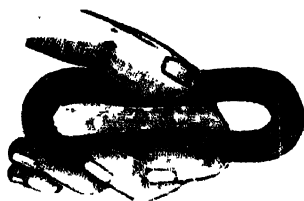
যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইবে যে, পেশারীর পার্শ্ব দণ্ডদ্বয় পিউবিস এবং বিটপের অভিমুখে থাকে। এই সময়ে বিটপদেশেই পেশারীর চাপ রাখা আবশ্যক। (৬৬তম চিত্র)। এইভাবে যোনি মধ্যে প্রবিষ্ট হইলে দক্ষিণ হস্তের তর্জ্জনী অঙ্গুলী প্রবেশিত অস্ত্রের দণ্ডে স্থাপন করতঃ এরূপ ভাবে পরিবর্ত্তিত করিবে যে, পেশারী তাহার দীর্ঘ অক্ষে অর্দ্ধ চক্রে ঘুরিয়া আইসে। এইভাবে বৃহৎ বক্রতার ন্যুব্জদিক সম্মুখ

৬৭তম চিত্র। হজের পেশারী প্রবেশ করানের দ্বিতীয়াবস্থা।

দিকে যোনির সম্মুখ প্রাচীরের অভিমুখে থাকে। (৬৭তম চিত্র)। এইরূপে পেশারী ঘুরানের সময়ে রোগিণী যন্ত্রণা বোধ করে, তজ্জন্য সত্বরে উক্ত তর্জ্জনী অঙ্গুলীর সংলিপ্ত অস্ত্র পশ্চাৎ ঊর্দ্ধ দিকে পশ্চাৎকুল-ডি-স্যাকে ঠেলিয়া লইয়া পেশারীর মধ্যে গ্রীবা প্রবিষ্ট করাইয়া দিবে। পেশারী উপযুক্ত ভাবে স্থাপিত হইলে তাহার ঊর্দ্ধ ন্যুব্জতা সম্মুখ ও

ঊর্দ্ধাভিমুখ এবং অধঃ সুস্থতা, পশ্চাৎ ও নিম্নাভিমুখে থাকে। পেশারী যোনি-প্রাচীর দ্বারা পরিবেষ্টিত হইয়া নির্দ্দিষ্ট স্থানে অবাস্থত এবং তাহার অধঃ অন্ত যোনির সম্মুখ প্রাচীরে আবদ্ধ হয়। (৬৮তম চিত্র)। এই শেষোক্ত স্থানে আবদ্ধ হওয়ার পক্ষে স্মিথের পেশারী (৬৩তম চিত্র) উৎকৃষ্ট।

৬৮তম চিত্র। হজের পেশারী প্রবেশ করানের তৃতীয় অবস্থা।

পেশারী প্রয়োগ করার পর কোন যন্ত্রণা উপস্থিত হইল কি না, তাহা জিজ্ঞাসা করিবে। কুস্থন প্রয়োগে পেশারী নিম্নে আইসে কিন্তু তৎপর নির্দ্দিষ্ট স্থানে উপস্থিত হয়। উপযুক্ত ভাবে প্রয়োগ করা হইলে রোগিণীকে দশ মিনিট কাল চলিতে বলিবে। ইহাতেও কোন অসুবিধা বোধ কিম্বা পেশারী স্থানভ্রষ্ট না হইলে উত্তমরূপে প্রয়োগ করা হইয়াছে, বিবেচনা করিবে এবং পুনর্ব্বার পরীক্ষা করিয়া কিরূপে

পেশারী বহির্গত করিতে হয়, তৎসম্বন্ধে এবং প্রত্যহ পচননিবারক জলধারা (কার্ব্বলিক এসিড ১ ভাগ, জল ৬০ ভাগ) প্রয়োগ করিতে উপদেশ দিবে। এই পেশারী নিয়ত ২।৩ মাস থাকিলেও কোন অনিষ্ট হয় না। কিন্তু কোনরূপ অসুবিধা উপস্থিত মাত্র চিকিৎসককে সংবাদ দেওয়া কর্ত্তব্য।

ওয়াচ স্প্রিং রিং (watch spring ring) পেশারীও ঐরূপ স্থান-ভ্রষ্টতায় প্রয়োজিত হইতে পারে। ঘড়ির স্প্রিং যে ধাতুতে নির্ম্মিত,

৬৯তম চিত্র। ওয়াচ স্প্রিং রিং পেশারী অঙ্গুলী দ্বারা সঙ্কাপিত।

ইহাও তদ্দ্বারা নির্ম্মিত এবং রবার দ্বারা আবৃত। অঙ্গুলী দ্বারা সঙ্কাপিত (৬৯তম চিত্র) করতঃ সহজেই যোনিমধ্যে প্রবেশ করান যায়। যোনি-গহ্বর নিম্নাপেক্ষা উর্দ্ধে প্রশস্ত হইলেই এই পেশারী প্রয়োগ করা যাইতে পারে। যোনি-গহ্বর বরাবর সমভাব বা নিম্নে প্রশস্ত ও বিটপ বিদারিত কিম্বা প্রসারিত থাকিলে এই পেশারী আবদ্ধ থাকে না। যোনি মধ্যে প্রবিষ্ট হইলে তাহার ছাদের উর্দ্ধে লইয়া এরূপ ভাবে সংস্থাপন করিবে যে, পেশারীর মধ্যদিয়া জরায়ু-গ্রীবা বহির্গত হইয়া আইসে এবং পেশারী যোনি-প্রাচীর দ্বারা পরিবেষ্টিত হইয়া আবদ্ধ থাকে। ধমনী সমূহ প্রসারিত ও রক্তাধিক্যের লাঘব হওয়ায় উপকার হয়।

জরায়ু সংযোগ দ্বারা অস্বাভাবিক স্থানে আবদ্ধ থাকিলে প্রথমেই

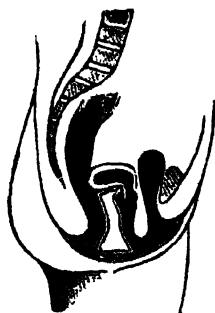
তাদৃশ আবদ্ধের প্রতিবিধান আবশ্যক। এই উদ্দেশ্যে প্রথমে মূত্রাশয় ও সরলান্ত্র পরিষ্কার করিয়া রোগিণীকে উত্তান ভাবে স্থাপন এবং অচৈতন্যা করতঃ সরলান্ত্রমধ্যে উষ্ণ জলের পিচকারী প্রয়োগ করিতে হয়। তৎপর দক্ষিণ হস্ত উদরের নিম্নে স্থাপন ও বাম হস্তের তর্জ্জনী মধ্যমাঙ্গুলী সরলান্ত্রমধ্যে এবং অঙ্গুষ্ঠ যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া আবদ্ধ স্থান সাবধানে নির্ণয় করতঃ তাহার প্রকৃতি পরীক্ষা করিয়া ধীরে ধীরে এমত ভাবে প্রসারিত করিবে যে, তন্বিধান বিচ্ছিন্ন না করিয়াও জরায়ুকে স্বস্থানে উত্থিত করা যাইতে পারে। ইউটিরাইন সাউণ্ড দ্বারা পুনঃ স্থাপন করার কয়েক দিবস পূর্ব্বে রোগিণীকে বক্ষ-জানু অবস্থানে স্থাপিত করতঃ সরলান্ত্র ও যোনি মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া জরায়ুকে উত্থিত করিতে যত্ন করিলে সাউণ্ড পরিচালনা সহজ হয়।

পাশ্চাত্তিক ন্যুব্জতা।

(Retroflexion রিট্রোফ্লেক্সন)

জরায়ুর ফণ্ডস্ অর্থাৎ উর্দ্ধাংশ গ্রীবার উপর হইতে পশ্চাদ্দিকে সরলান্ত্রের উপরে নত হইয়া পড়িলে এবং সাধারণতঃ গ্রীবা স্বাভাবিক স্থানে থাকিলে রিট্রোফ্লেক্সন অর্থাৎ পশ্চান্ন্যুব্জতা নামে উক্ত হয়। জরায়ুর পশ্চাৎ প্রাচীরের অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধন জন্য জন্ম হইতেই এইরূপ অবস্থা হইলে তাহা অনেক স্থলে যৌবনাবস্থা পর্য্যন্ত অজ্ঞাতভাবে থাকিতে পারে। আমরা চিকিৎসার জন্য যে সমস্ত রোগিণী প্রাপ্ত হই, তাহাদিগের মধ্যে অধিকাংশের পীড়া পরে উৎপন্ন।

কারণ।—পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্টতা যে সমস্ত কারণে উৎপন্ন হয়, পশ্চান্ন্যুব্জতাও সেই সকল কারণে উৎপন্ন হইতে পারে। গর্ভধারণের

পর জরায়ু কোমল ও বর্দ্ধিত; তাহার বন্ধনী সমূহ বৃহৎ ও শিথিল এবং বিটপের সংরক্ষক বিধান সমূহ আহত ও দুর্ব্বল হয়; পরন্তু জরায়ু অসম্পূর্ণভাবে সঙ্কুচিত হইতে পারে। এই সকল অবস্থায় বস্তিগহ্বর কিম্বা উদরগহ্বরের সঞ্চাপ জরায়ুর উপর পতিত হইলে জরায়ুর দেহ গ্রীবার ঊর্দ্ধ হইতে পশ্চাদভিমুখে নত হইয়া পড়ে। রক্তাধিক্য, বিবৃদ্ধি, কিম্বা বিধানমধ্যস্থিত অর্ব্বুদ জন্য জরায়ুর পশ্চাৎ প্রাচীর বৃহৎ হইলে পশ্চান্ন্যুব্জতা উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। স্থানভ্রষ্টতাসহ ন্যুব্জতা সম্মিলিত থাকাই নিয়ম। রন্ধ্র অবরুদ্ধ বা সঙ্কুচিত থাকিলে আর্ত্তবস্রাব

৭০তম চিত্র। জরায়ুর পশ্চান্ন্যুব্জতা।

বহির্গত হইতে না পারায় জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশে রক্তাধিক্য হইয়া তাহার গুরুত্বাধিক্য উপস্থিত হওয়ায় ঐ অংশ নত হওয়ার সম্ভাবনা। সম্মুখ ন্যুব্জতার কারণ ও পরিণামফলের পরস্পর যেরূপ সম্বন্ধ, পশ্চান্ন্যুব্জতারও তদ্রূপ; ন্যুব্জাবস্থায় অধিক দিবস অতীত হইলে ফণ্ডস্ ক্রমে বৃহৎ হওয়ায় অধিকতর ন্যুব্জতা উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা।

নির্ণয়।—অঙ্গুলী পরীক্ষায় যোনিপথের নির্দ্দিষ্ট স্থানে অঙ্করেখায় জরায়ু-মুখ ও পশ্চাৎ কুল-ডি-স্যাক মধ্যে নিরেট গোলাকার ফণ্ডস এবং জরায়ু-মুখ ও জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ—এই উভয়ের মধ্যস্থলে পশ্চাদ্দিকে সুস্পষ্ট

ধাঁচ অনুভূত হয়। সরলান্ত্র ও যোনি—এই উভয় পথে পরীক্ষা করিয়া নিঃসন্দেহ হওয়া যাইতে পারে। বাম হস্তের তর্জ্জনী অঙ্গুলী সরলান্ত্র মধ্যে প্রবেশ করাইয়া সরলান্ত্রের প্রাচীরে জরায়ুর উর্দ্ধাংশ ও দক্ষিণ হস্তের অঙ্গুলী যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া তদ্দ্বারা জরায়ুর গ্রীবা আকর্ষণ এবং সঞ্চালিত করিলে জরায়ুর বক্রাবস্থা, সঞ্চালনশীলতা ও আবদ্ধতা ইত্যাদি বিষয় অবগত হওয়া যায়। বস্তিগহ্বরের মধ্যে কোন স্থানে তরল পদার্থ সঞ্চিত আছে কি না, সন্দেহ হইলে উভয় হস্তের পরীক্ষায় তাহা স্থির হয়। ইহাতেও নিঃসন্দেহ হইতে না পারিলে জরায়ুগহ্বরে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া সন্দেহভঞ্জন করা উচিত। সাউণ্ড প্রবেশ করাইতে হইলে পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্টতার অপেক্ষা পাশ্চাত্তিক ন্যুব্জতায় অধিক সতর্কতাবলম্বন বিধেয়। জরায়ুগহ্বর যে ভাবে বক্র হইয়াছে, সাউণ্ডও তদ্রূপ বক্র করিয়া প্রবেশ করাইতে হয়।

সাউণ্ডের মুষ্টি শিথিলভাবে দক্ষিণ হস্তে এরূপ ভাবে ধরিতে হইবে যে, তাহার ন্যুব্জদিক সম্মুখাভিমুখে থাকে, তৎপর বাম হস্তের অঙ্গুলীর সাহায্যে গ্রীবার অভ্যন্তর মুখ পর্য্যন্ত সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া সাউণ্ড এরূপ ভাবে ঘুরাইবে যে, তাহা পার্শ্বদিয়া অর্দ্ধচক্রে ঘুরিয়া আসিলে সাউণ্ডের ন্যুব্জদিক পশ্চাদভিমুখে এবং মুষ্টি সম্মুখদিকে পিউবিসের অভিমুখে আইসে। গহ্বর মধ্যে সাউণ্ড প্রবিষ্ট করার সময়ে বাম হস্তের অঙ্গুলী যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া তদ্দ্বারা ফণ্ডস উত্থিত করিয়া ধরিলে অপেক্ষাকৃত সহজে সাউণ্ড প্রবিষ্ট হইতে পারে। যে সকল স্থলে জরায়ুর মুখ অত্যধিক সম্মুখদিকে—অধিক, উর্দ্ধে অবস্থিত হয়, সেই সকল স্থলে সাউণ্ডের ন্যুব্জদিক সেক্রমের অভিমুখে রাখিয়া প্রবেশ করাইতে হয়।

চিকিৎসা।—পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্টতার চিকিৎসায় যে যে নিয়ম অবলম্বনীয়, পশ্চান্ন্যুব্জতাতেও সেই সেই প্রণালী অবলম্বন করিতে হয়।

বক্রতার সরলতা সম্পাদিত এবং, জরায়ু স্বাভাবিকাবস্থায় অবস্থিত হইলে তদবস্থায় রক্ষা করার জন্য উপযুক্ত পেশারী সংস্থাপন আবশ্যক। মধ্যে মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ কিম্বা ষ্টেম পেশারী প্রবেশ করান আবশ্যক। জরায়ুমধ্যে ষ্টেম প্রয়োগ সম্বন্ধে যে সকল বিষয়ে সতর্ক হওয়া কর্ত্তব্য, তাহা পূর্ব্বে উল্লেখ করা হইয়াছে। প্রথম কয়েক দিবস কেবল মাত্র জরায়ুগহ্বরে ষ্টেম প্রবেশ করাইয়া রাখিবে, কিন্তু তদ্দ্বারা কখনই প্রথমে জরায়ু স্বভাবস্থ করিতে যত্ন করিবে না। ষ্টেম জরায়ু-গহ্বরে অবস্থিত হওয়ার কয়েক দিবস পর কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত না হইলে তৎপর জরায়ুকে স্বস্থানে স্থাপন করিতে চেষ্টা করা উচিত।

স্বাভাবিক স্থানে অবস্থিত হইলে পাশ্চাতিক স্থানভ্রষ্টতায় যে সকল পেশারীর বর্ণনা করা হইয়াছে (যেমন—ফাউলারের ক্রেডেল পেশারী, হজের পেশারী), অবস্থানুসারে তাহার কোন একটী সংস্থাপন করা আবশ্যক। সম্পূর্ণরূপে স্বাভাবিক অবস্থায় সংস্থাপন করা অসম্ভব হইলে যন্ত্রণা উপশমের জন্য উপায় অবলম্বন বিধেয়। কোমল রবারের এবং গ্লিসিরিণের বলয়াকৃতি পেশারী সংস্থাপন করিলে উপকার হয়। হজের কোমল পেশারীও অবস্থানুসারে বক্র করিয়া প্রবেশ করান যাইতে পারে।

মূত্রাশয় এবং সরলান্ত্র যাহাতে সর্ব্বদা পরিষ্কার থাকে, তদ্রূপ উপায় অবলম্বন করা বিশেষ আবশ্যক। উষ্ণ জলধারা প্রয়োগ, রস মোক্ষণ, জরায়ু-গ্রীবা প্রসারণ, এবং উভয় পার্শ্বের গ্রীবা কর্ত্তন উপকারী। রজঃকৃচ্ছ্রতার লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে এই অস্ত্রোপচারে বিশেষ উপকার হয়।

রাউথ্ বাক্লী (Routh's Buckle pessary) পেশারী—ইবোনিক হজের পেশারীর কেন্দ্রস্থলে জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশোপযুক্ত দণ্ড সংযুক্ত। এই দণ্ড তিন প্রকৃতিতে সংলগ্ন থাকে। ১ম, কেবল সম্মুখ

দিকে অল্পমাত্র আনয়ন করা যায়। ২য়, গহ্বর প্রসারণোপযোগী স্তবক বিশিষ্ট স্থূল বা সূক্ষ্ম দণ্ড। এই দণ্ড অগ্র পশ্চাতে পরিবর্ত্তনোপযুক্ত সন্ধি যুক্ত। ৩য়, স্ক্রুপ সংযুক্ত। অঙ্গুলী দ্বারা অবস্থানের পরিবর্ত্তন করা যাইতে পারে।

পশ্চাম্ন্যুব্জ ও স্থানভ্রষ্ট জরায়ুর উত্থান এবং আবদ্ধ রাখা সম্বন্ধে বিবিধ অস্ত্রোপচার।

আলেক্জাণ্ডারের (Alexander's operation) অস্ত্রোপচার।—পেশারী ইত্যাদিতে কোন উপকার না হইলে রাউণ্ড লিগামেণ্ট আকর্ষণ করতঃ জরায়ু উর্দ্ধে উঠাইয়া আবদ্ধ করিলে উপকার হয়। এই অস্ত্রোপচারের ফলে জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় উত্থিত এবং আবদ্ধ থাকে সত্য কিন্তু স্থানচ্যুত হওয়ার জন্য যে সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত হইয়াছিল, তৎসমস্তই যে নিঃশেষ হইয়া অন্তর্হিত হয়, এমত নহে।

মল ও মূত্রাশয় পরিষ্কার করতঃ রোগিণীকে ক্লোরফরম দ্বারা অচৈতন্য করিয়া ক্ষৌর কার্য্য দ্বারা স্থানিক লোম সমূহ দূরীভূত করিবে। অঙ্গুলী দ্বারা পিউবিসের স্পাইন অনুভব করতঃ তথা হইতে উর্দ্ধ ও বাহ্যদিকে ইঙ্গুইন্যাল কেনালের গতি অনুযায়ী উদর-প্রাচীরের স্থূলতানুসারে এক হইতে দুই ইঞ্চ দীর্ঘ কর্ত্তন করিয়া এক্‌টার্ণাল ওবলিক্ পেশীর টেণ্ডন দৃষ্ট না হওয়া পর্য্যন্ত কর্ত্তন ক্রমে গভীর করিতে হইবে।

এই সময়ে এক্‌টার্ণাল এব্‌ডোমিনাল রিং দেখা আবশ্যক। সহজে দৃষ্ট না হইলে ওবলিক্ পেশীর যে সমস্ত পৈশিক সূত্র অনুপ্রস্থ ভাবে গমন করিয়াছে, তন্মধ্যে অনুসন্ধান করিলে সহজে দৃষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। ইহার অভ্যন্তর অন্ত্র হইতে ক্ষুদ্র মেদখণ্ড বহির্গত হইতেছে—দেখা যায়। পিউবিক্ স্পাইন, ওবলিক্ পেশীর সূত্র গমন এবং অভ্যন্তর অন্ত্রে মেদ বহির্গমন ইত্যাদি বিষয় লক্ষ্য করিয়া এক্‌টার্ণাল এব্‌ডোমিনাল রিং স্থির করা আবশ্যক। এই স্থানের বিধান সমূহ সম্বন্ধে অভিজ্ঞতা থাকিলে সহজে নির্ণয় হইতে পারে। প্রথম কর্ত্তনের সময়ে সুপিরিয়র পিউডিক ধমনী কর্ত্তিত হওয়ার সম্ভাবনা। তদ্ব্যতীত শোণিতস্রাবের অন্য কোন আশঙ্কা নাই।

এক্‌ষ্টার্ণাল এবডোমিনাল রিংএর উপর দিয়া ওবলিক্ পেশীর যে সমস্ত সূত্র অনুপ্রস্থ ভাবে গমন করিয়াছে, তাহা এবডোমিনাল রিংএর গতি অনুযায়ী কর্ত্তন করিলে যেদ সম্মিলিত লালবর্ণবিশিষ্ট বিধান বহির্গত হয়, ইহাই রাউণ্ড লিগামেণ্টের অন্ত। বহির্গত মেদময় পদার্থের নিম্ন দিয়া একটী এনিউরিজম নিডল প্রবেশ করাইয়া উক্ত নিডল সাবধানে উচ্চ করিলে মেদময় পদার্থ সমূহ কেনাল হইতে আংশিক বহির্গত হইয়া আসিলে সতর্ক ভাবে অঙ্গুলী দ্বারা ধরিয়া অল্পে অল্পে আকর্ষণ করিবে।

বন্ধনীর পার্শ্বস্থিত ও এক্‌ষ্টার্ণাল এবডোমিনাল রিংএর পিলার সংলগ্ন আবদ্ধ বিধান সমূহ কর্ত্তন করিয়া পৃথক্ করিবে। তৎসঙ্গীয় স্নায়ুও কর্ত্তন করিতে হইবে। ইন্‌গুইন্যাল কেনালস্থিত আকর্ষণের প্রতিবন্ধকতা উৎপাদক সংযোগ বিচ্ছিন্ন করিবে। এই সমস্ত কার্য্য যতদূর সম্ভব ধীরভাবে ধৈর্য্যাবলম্বন পূর্ব্বক বিবেচনার সহিত সম্পাদন না করিলে অনিষ্ট হইতে পারে। সংযোগ সমূহ বিচ্ছিন্ন এবং পরিষ্কার হইলে শুভ্রবর্ণ দৃঢ় রজ্জুবৎ বন্ধনী দৃষ্টিগোচর হয়।

উভয় লিগামেণ্ট ধরিয়া আকর্ষণ করিলে জরায়ু উত্থিত হইবে, স্থির হইলে একজন সহকারী জরায়ুগহ্বরে সাউণ্ড প্রবিষ্ট করাইয়া জরায়ুকে যথোপযুক্ত স্থানে সংস্থাপন করতঃ অঙ্গুলী দ্বারা গ্রীবা স্পর্শ করিয়া সেই অবস্থায় রাখিবে। বন্ধনী এমতভাবে আকর্ষণ করিয়া যথা সম্ভব বহির্গত করিবে যে, জরায়ু নির্দ্দিষ্ট স্থানে উপস্থিত হইতে পারে। সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করার পূর্ব্বে পুনর্ব্বার বন্ধনী অল্প শিথিল করিয়া দিবে।

বন্ধনী আকর্ষণ করিয়া আবশ্যক মত বহির্গত করার পর তাহা একজন সহকারীকে ধরিয়া রাখিতে দিয়া অস্ত্রোপচারক স্বয়ং নিম্নলিখিত প্রণালীতে এক্‌ষ্টার্ণাল রিংএর পিলারের ও কর্ত্তনের মুখের সহিত বন্ধনীদ্বয় সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিবে।

বক্র সূচিকায় সূক্ষ্ম সিল্ক ওয়ার্ম্‌গট বা রেসমের সূত্র কিম্বা সূক্ষ্ম রৌপ্য তার প্রবেশ করাইয়া তাহা এমত ভাবে চালিত করিবে যে, এক্‌ষ্টার্ণাল এবডোমিনাল রিংএর প্রত্যেক পিলারের বাহ্য পার্শ্ব ভেদ করিয়া রাউণ্ড লিগামেণ্ট বিদ্ধ করতঃ বহির্গত হয়। তৎপর এমত ভাবে বন্ধন করিবে যে, তাহা অত্যন্ত কষা বা শিথিল না হয়। উক্ত সেলাইয়ের অভ্যন্তর পার্শ্বে, অবিকল ঐ প্রণালীতে আর একটী সেলাই করিয়া বন্ধন করিবে। সেলাই শেষ হইলে এক চতুর্থাংশ ইঞ্চ পরিমাণ একটী ড্রেনেজ টিউব সংস্থাপন করিবে। নলের মুখ কর্ত্তনের অভ্যন্তর অন্তে বহির্গত থাকা আবশ্যক। নল সংস্থাপন না করিলে রসাদি সঞ্চিত হওয়ায় অনিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। অস্ত্রোপচারের ইহাই কুফল, তদ্ব্যতীত

অন্ত কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হয় না। প্রথমোক্ত দুইটী বন্ধনী প্রয়োগের পর লিগামেণ্টের বহির্গত অবশিষ্ট শিথিল অংশ কর্ত্তন করিয়া পরিত্যাগ করতঃ কর্ত্তিত অন্ত্র বন্ধন পূর্ব্বক শোণিতস্রাব নিবারণ করিয়া সেই অন্ত্র উদর প্রাচীরের কর্ত্তিত পার্শ্বের সহিত সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিয়া রাখিবে। পরিশেষে কর্ত্তনের পার্শ্বদ্বয় সম্মিলিত করতঃ দুইটী সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিলেই অস্ত্রোপচার শেষ হইল। এই শেষোক্ত সেলাই করার জন্য সিল্ক ওয়ারমগট বা ক্রোমিসাইজডগট ব্যবহার করা উচিত।

সেলাই শেষ হইলে পরিষ্কার করিয়া চিকিৎসকের ইচ্ছানুসারে গজ ইত্যাদি দ্বারা কর্ত্তিত প্রদেশ আবৃত করিয়া পরে যোনি মধ্যে হজের পেশারী সংস্থাপন এবং সাউণ্ড বহির্গত করিবে।

হার্ণিয়া অস্ত্রোপচারের পর জানু-সন্ধির নিম্নে যে ভাবে বালিশ দিয়া পদদ্বয় উচ্চ ভাবে রাখা হয়, এই অস্ত্রোপচারের পর তদ্রূপ ভাবে বালিশ দেওয়া আবশ্যক।

বেদনা নিবারণ জন্য মর্ফিয়া এবং এট্রপিয়ার পিচকারী দেওয়া আবশ্যক।

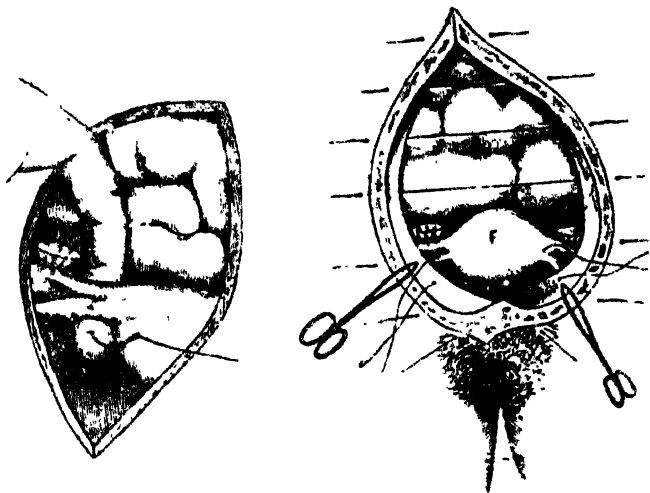
অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে যতদূর সম্ভব পচননিবারক প্রণালী অবলম্বন করা উচিত। নতুবা অস্ত্রোপচারের ফল মন্দ হওয়ার আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে।

পরবর্ত্তী চিকিৎসা রোগিণীর পরবর্ত্তী অবস্থার উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করে। বিশেষরূপ পচননিবারক প্রণালী অবলম্বন করিলে ক্ষত সাধারণতঃ প্রাথমিক সংযোগ দ্বারা আরোগ্য হওয়ার সম্ভাবনা। কিন্তু যদি লিগামেণ্ট অত্যধিক আকর্ষণ করিয়া কষিয়া বন্ধন করা যায় এবং নালী ঘা ইত্যাদি উৎপন্ন হয়, তবে রোগিণীর কষ্ট উপস্থিত হওয়া আশ্চর্য্য নহে। গভীরস্তরস্থিত সেলাইয়ের সূত্র উত্তেজনা উপস্থিত করিলে এবং সেলাই অত্যন্ত কষা হইলে সাধারণতঃ নালী ঘা উৎপন্ন হয়, তজ্জন্য উক্ত তার বা সূত্র কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করিলেই ক্ষত শুষ্ক হইয়া যায়।

নূতন বা পুরাতন পশ্চাদ্বক্রতায় এই অস্ত্রোপচার সম্পাদন করিলে জরায়ু-গহ্বরে ষ্টেম প্রবেশ এবং গ্রীবায় হজের পেশারী সংস্থাপন করা আবশ্যক। জরায়ু সরল না হওয়া পর্য্যন্ত ষ্টেম পেশারী ব্যবহার করা উচিত। ন্যূনাধিক এক মাস মধ্যে জরায়ু সরল হওয়ার সম্ভাবনা।

ক্ষতযুক্ত বৃহৎ জরায়ু নিম্নাবতরণ করিলে উক্ত অস্ত্রোপচার সহ

বিটপ দেশের অস্ত্রোপচার সম্পাদন না করিলে সুফল হওয়ার সম্ভাবনা অল্প, তজ্জন্য একই সময়ে উভয় অস্ত্রোপচার সম্পাদন করিতে হয়।

অস্ত্রোপচারের পর কোন কোন স্থলে পশ্চাতে কিম্বা রাউণ্ড লিগামেণ্টের স্থানে বেদনা উপস্থিত হয়। তদ্রূপ স্থলে উদরপ্রাচীর চাপিয়া রাখে, এমত যন্ত্র ব্যবহার করা উচিত।

৭১তম চিত্র। হিষ্টেরোরাফী অস্ত্রোপচারে জরায়ু উত্থিতাবস্থায় স্থাপন জন্য রাউণ্ড লিগামেণ্ট বিদ্ধ করার প্রণালী।

৭২তম চিত্র। হিষ্টেরোরাফী অস্ত্রোপচারে আর্টরী ফরসেপস্ দ্বারা পেরিটোনিয়ম বহির্গত ও উল্টাইয়া রাখিয়া উদর-প্রাচীরসহ রাউণ্ড লিগামেণ্ট সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করার প্রণালী।

ডাক্তার কোচার (Kocher) মহাশয় এই অস্ত্রোপচারের আংশিক পরিবর্তন—ইঙ্গুইন্যাল কেনালের সম্মুখ প্রাচীর কর্তন করেন। ডাক্তার পার্কার নিউম্যান (Parker Newman) মহাশয় পিউবিসের স্পাইন ও

ইলিয়মের অগ্র ঊর্দ্ধ স্পাইন এই উভয়ের মধ্যস্থলে পুপার্টস্ লিগামেণ্টের গতি অনুযায়ী কর্ত্তন করিয়া কেনালের গ্রীবার নিকট অনুপ্রস্থ পেশীর সূত্র বিভক্ত এবং হুক দ্বারা রাউণ্ড লিগামেণ্ট বহির্গত করেন, অপর পার্শ্বের লিগামেণ্টও এই প্রণালীতে বহির্গত এবং অন্ত্রাবরক ঝিল্লি পশ্চাতে সরাইয়া দিয়া বন্ধনী টানিয়া বহির্গত করতঃ একত্রে সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিয়া পরিশেষে প্রত্যেক কেনাল মধ্যে তত্রস্থিত পর্দ্দার সহিত সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করেন। কো (Coe), মণ্ডী (Munde), কেলগ (Kellog) প্রভৃতি অনেকে আলেকজেণ্ডারের অস্ত্রোপচারের পরিবর্ত্তন করিয়াছেন।

হিষ্টেরোরাফী (Hysterorraphy) অস্ত্রোপচার।—পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্টতা সহ সংযোগ দ্বারা আবদ্ধ ইত্যাদি অবস্থা বর্ত্তমান থাকিলে কিম্বা জরায়ু অত্যধিক নিম্নাবতরণ করিলে আলেকজেণ্ডারের অস্ত্রোপচারে কোন উপকার হইবে না বিবেচনা করিলে হিষ্টেরোরাফী অস্ত্রোপচার সম্পাদন করিতে হয়।

পূর্ব্বোক্ত অস্ত্রোপচার অপেক্ষা এই অস্ত্রোপচারে বিপদ সম্ভাবনা অধিক। কারণ ইহাতে উদরগহ্বর উন্মুক্ত করিতে হয়।

অস্ত্রোপচারের প্রধান উদ্দেশ্য—

১। সিলিওটমী—কর্ত্তন অপেক্ষাকৃত বৃহৎ করিতে হয়।

২। মূত্রাশয়ের যে স্থানে স্বাভাবিক জরায়ুর অবস্থান, সেই স্থানের মূত্রাশয়ের অন্ত্রাবরক প্রাচীর সহ রাউণ্ড লিগামেণ্ট সেলাই দ্বারা পরস্পর আবদ্ধ করিয়া দিতে হয়। রাউণ্ড লিগামেণ্ট বিদ্ধ করার সময়ে পরিষ্কাররূপে দেখিয়া তৎপর বিদ্ধ করিবে।

৩। জরায়ুর যে স্থানে রাউণ্ড লিগামেণ্ট সম্মিলিত হইয়াছে, তাহার ঈষৎ বহির্দ্দিকে রাউণ্ড লিগামেণ্ট ভেদ করিয়া উদরপ্রাচীরের কর্ত্তনের মধ্যে সেলাই দ্বারা পরস্পর আবদ্ধ করিয়া দিবে।

হাওয়ার্ডকেলীর প্রণালীতে জরায়ু উত্থিত করিয়া ঝুলান

(Howard Kelly's Method for suspension of the uterus)।—পশ্চাদ্ব্যুজতার লক্ষণ সমূহ অস্ত্রোপচার ব্যতীত অন্য প্রণালীতে উপশম করিতে অকৃতকার্য্য হইলে, পীড়ার লক্ষণ সমূহ পর্য্যায়ক্রমে বৃদ্ধি হইতে থাকে অথচ কোন সময়েই উপশম না হইলে, আর্ত্তবস্রাবের লক্ষণ অত্যন্ত যন্ত্রণাদায়ক ও সার্ব্বাঙ্গিক বৈকল্য অত্যন্ত বৃদ্ধি হইলে, স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ অত্যন্ত প্রবল ও ক্রমেই প্রবলতর হইতে থাকিলে, এবং বস্তিগহ্বরের লক্ষণসমূহ আর্ত্তবস্রাব সময়ে অসহ্য বোধ করিলে এই অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য।

নিম্নলিখিত প্রণালীতে অস্ত্রোপচার সম্পাদন করিতে হয়—

১। নির্দ্দিষ্ট প্রণালীতে রোগিণীকে প্রস্তুত ও মূত্রাশয় পরিষ্কার করিয়া ক্লোরফরম দ্বারা অজ্ঞান করতঃ কটিদেশ দেহের সমসূত্র অপেক্ষা অল্প উচ্চাবস্থায় স্থাপন করিয়া সিম্ফিসিসের তিন চতুর্থাংশ ইঞ্চ ঊর্দ্ধ হইতে অনুলম্বভাবে এক হইতে দুই ইঞ্চ দীর্ঘ কর্ত্তন করিয়া উদরপ্রাচীর বিভক্ত করিবে।

২। কর্ত্তনের উভয় পার্শ্বের পেরিটোনিয়ম আর্টরী ফরসেপস্ দ্বারা ধরিয়া বহির্গত করতঃ পৃথকভাবে উভয় পার্শ্বে সরাইয়া রাখিবে। এরূপভাবে রাখিলে জরায়ুর সাস-পেনসারী বন্ধনীর সূত্রসহ পেরিটোনিয়ম আকর্ষিত হইতে পারে না এবং পরে কর্ত্তনের পশ্চাদংশ পেরিটোনিয়ম দ্বারা আবৃত হয়।

৩। কর্ত্তনের মধ্যে দুইটী অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া তদ্দ্বারা পশ্চাদ্ব্যুজজরায়ু উঠাইয়া সম্মুখব্যুজাবস্থায় স্থাপন করিবে।

৪। দুইটী অঙ্গুলী দ্বারা কর্ত্তনের এক পার্শ্ব উচ্চ করিয়া ধরিয়া রেসম সূত্র সজ্জিত বক্র সূচিকা দ্বারা পেরিটোনিয়ম ও তন্নিম্নস্থ ঝিল্লির এক তৃতীয়াংশ ইঞ্চ বিস্তৃত ও এক অষ্টমাংশ ইঞ্চ স্থূল অংশ পরিবেষ্টন করিয়া বিদ্ধ করিবে।

৫। উক্ত সূত্রসহ সূচিকা দ্বারা জরায়ুর পশ্চাৎ প্রদেশে ফণ্ডসের নিম্নের প্রাচীর বিদ্ধ করিয়া সূত্রের উভয় অন্ত টানিয়া একত্রে বন্ধন করিবে। এই সূত্র বন্ধন সময়ে জরায়ু সম্মুখ দিকে আরও ব্যুজ হয়।

প্রথম সূত্র প্রবেশ সময়ে বিশেষ প্রকৃতির একিভেটার দ্বারা জরায়ু উঠাইয়া ধরিতে হয়, এবং উভয় পার্শ্বে বন্ধন করিতে হয়।

৬। জরায়ুর সম্মুখ এবং পার্শ্বদিক পরীক্ষা করিয়া দেখিবে—যেন তথায় অন্ত্র বা অন্ত্রাবরক ঝিল্লি আবদ্ধ না হয়।

৭। পরিশেষে নিম্নলিখিত প্রণালীতে সেলাই করিয়া কর্ত্তন বন্ধ করা আবশ্যক।

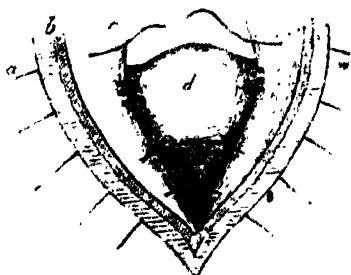
করসেপস্ খুলিয়া লইয়া অন্ত্রাবরক ঝিল্লি সূক্ষ্ম রেশম সূত্র দ্বারা সেলাই করিয়া সম্মিলিত করতঃ তৎপর ফেসিয়া সেলাই দ্বারা সম্মিলিত করিতে হয়, সূক্ষ্ম রৌপ্যতার দ্বারা এই সেলাই করা উচিত। পরিশেষে কর্ত্তনের উভয় পার্শ্বের ত্বক্ রেশম সূত্র দ্বারা সেলাই করিয়া একত্রে সম্মিলিত করিবে।

অতঃপর কর্ত্তন যথোপযুক্তভাবে আবৃত করিলেই রোগিণী উঠিতে পারে সত্য কিন্তু ১,৪ দিবস শয্যাগত থাকাই উচিত। পেশারী ইত্যাদি প্রয়োগ করার কোনই আবশ্যক করে না।

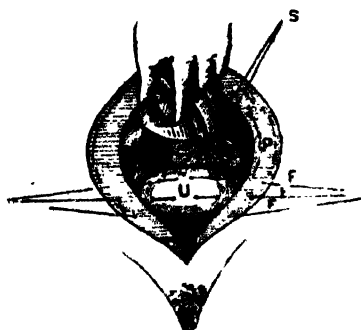
কদাচিৎ সেলাইয়ের স্থানে পুয়োৎপন্ন হওয়া ব্যতীত অপর কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হয় না।

অণ্ডাধার ও অণ্ডবহনলের বিশেষ কোন পীড়া থাকিলে অস্ত্রোপচার সময়েই তাহা কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করিবে।

ওলস্‌হাউসেন ও সেংগার (Olshausen and Sanger)

এর মতে জরায়ুর ফণ্ডসের মধ্যস্থলে বিদ্ধ না করিয়া উভয় পার্শ্বে বিদ্ধ

৭৩তম চিত্র।—ল্যাপারোহিষ্টেরোপেক্সী। অলস্‌হাউসেন এবং সেংগারের মতে সূত্র প্রবেশ প্রণালী।

করিয়া এরূপ ভাবে আবদ্ধ করিতে হয় যে, দৈহিকঝিল্লি, অণ্ডবহনল কিম্বা এপিগ্যাষ্ট্রিক ধমনী আবদ্ধ বা আহত না হয়।

টেরিয়ার।—(Terrier) মতে অস্ত্রোপচার সময়ে ফণ্ডসের মধ্যস্থলে রেসমের সূত্র প্রবেশ করাইয়া জরায়ুকে সম্মুখ দিকে আকর্ষণ

৭৪তম চিত্র।—গ্যাষ্ট্রোহিষ্টেরোপেক্সী। টেরিয়ারের মতে ফণ্ডসে রেসম সূত্র প্রবেশ করাইয়া সম্মুখে আকর্ষণ ও অস্ত্রোপচার সময়ে আবদ্ধ করার প্রণালী।

করিয়া আবদ্ধ করিতে হয়। এই সূত্রের সাহায্যে জরায়ুর সম্মুখ প্রাচীর আবদ্ধ থাকে। জরায়ুর ফণ্ডসে তিন খণ্ড গট সূত্র অনুপ্রস্থ ভাবে প্রবেশ করাইয়া তাহা উদরপ্রাচীরের ত্বক্ এবং তন্নিম্নস্থ বিধান ব্যতীত অপর সমস্ত স্থূলত্ব বিদ্ধ করিয়া প্রবেশ করাইতে হয়। জরায়ু বিধান মধ্যে এরূপ ভাবে সূত্র প্রবেশ করাইতে হয় যে, তাহা জরায়ুর সম্মুখ প্রাচীর ও উদরপ্রাচীর মধ্যে লুকায়িত থাকে। এই অবস্থায় উত্তমরূপে সম্মিলিত হইতে পারে। কর্ত্তনের মুখ বন্ধ করার সময়ে তন্মধ্যে ড্রেণেজ টিউব সংস্থান করা উচিত।

মুলার (Muller) অস্ত্রোপচার—অন্ত্রাবরক ঝিল্লির বহির্দ্দেশে যোনিমধ্যে (Extra-peritoneal vagino-fixation)

জরায়ু আবদ্ধ করা।—স্থানচ্যুত জরায়ুর অভ্যন্তরে প্রায়শঃ প্রদাহ বর্ত্তমান থাকে, সেলাইয়ের সূত্র জরায়ুগহ্বরমধ্যে প্রবেশ করিলে সেলাইয়ের পথে জরায়ু-গহ্বরের দূষিত পদার্থ বিস্তৃত হইয়া পড়ার সম্ভাবনা। তজ্জন্য অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে জরায়ু-গহ্বর চাঁছিয়া শতকরা ৫০ অংশ কার্ব্বলিক দ্রব প্রয়োগ করিয়া রোগিণীকে অস্ত্রোপচারের জন্য প্রস্তুত করা বিধি।

প্রথমে ওর্যব্যানের যন্ত্র দ্বারা পশ্চাদ্‌স্থ জরায়ুকে সম্মুখনুয়াবস্থায় স্থাপন করিয়া জরায়ুকে নিম্নে আকর্ষণ করিয়া আনিবে। জরায়ু-গ্রীবার যে স্থানে সম্মুখ যোনিপ্রাচীর আবদ্ধ তথা হইতে মূত্রনলীর মুখের অর্দ্ধ ইঞ্চ ব্যবধান পর্য্যন্ত সমস্ত অংশের যোনির প্রাচীর কর্ত্তন করিয়া পৃথক্ করিবে। তৎপর মূত্রাশয় হইতে যোনিপ্রাচীর পৃথক্ করিয়া মূত্রাশয় আকর্ষণ করতঃ স্থানভ্রষ্ট করিয়া নিম্নে আনিয়া কয়েকটী অস্থায়ী সেলাই দ্বারা তদবস্থায় আবদ্ধ করিয়া রাখিবে। মূত্রাশয় পৃথক্ করার সময়ে তন্মধ্যে মিয়েট ক্যাথিটার প্রবেশ করাইয়া সতর্ক থাকা কর্ত্তব্য যেন তাহা কর্ত্তিত না হয়।

জরায়ু বৃহৎ না হইলে মূত্রাশয় আকর্ষণ করার সময়েই তাহা নিম্নে আইসে, তজ্জন্য জরায়ুর সম্মুখ প্রাচীরের ও মূত্রাশয়ের যে স্থানে পেরিটোনিয়ম সম্মিলিত, তাহা সহজে দৃষ্ট হয়।

জরায়ুর সম্মুখ প্রাচীরে ঊর্দ্ধে যে স্থানে কর্ত্তন শেষ হইয়াছে, সেই স্থান হইতে প্রাচীরের নিম্ন পর্য্যন্ত কর্ত্তিত স্থানে শ্রেণীবদ্ধরূপে ছয় খণ্ড দৃঢ় ক্যাটগট সূত্র সূচিকার সাহায্যে অনুপ্রস্থ ভাবে অর্দ্ধ ইঞ্চ ভেদ করিয়া বহির্গত করতঃ কর্ত্তনের উভয় পার্শ্ব হইতে এক তৃতীয়াংশ ব্যবধানে পুনর্ব্বার প্রবেশ করাইয়া বহির্গত করিবে। কিন্তু উভয় অন্ত একত্র করিয়া বন্ধন করার পূর্ব্বে মূত্রনলীর মুখ হইতে জরায়ুর গ্রীবা পর্য্যন্ত যোনি প্রাচীরের কর্ত্তন অবিচ্ছেদে সেলাই দ্বারা কর্ত্তনের মুখ বন্ধ করতঃ ওর্যব্যানের যন্ত্র বহির্গত করার পর প্রথমোক্ত ছয়টী ক্যাটগাট সূত্রের উভয় অন্ত একত্র করিয়া বন্ধন করিবে।

সূত্র বন্ধন করিয়া আবদ্ধ করার পর জরায়ুগ্রীবা পশ্চাদূর্দ্ধ দিকে উঠাইয়া ঊর্দ্ধ হইতে সঞ্চাপ দিয়া কতক্ সম্মুখ নিম্ন দিকে—সম্মুখ নুয়াবস্থায় স্থাপন করতঃ যোনি মধ্যে আইওডোফরমগজের পুঁটলী স্থাপন করিয়া বাঁধিয়া দিবে।

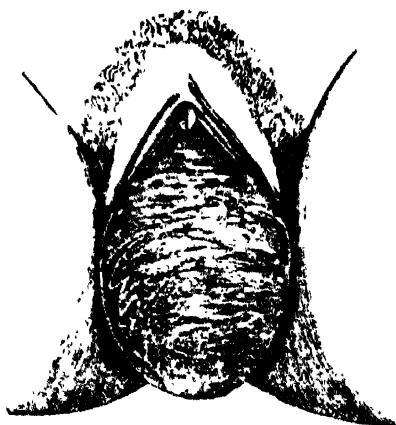
রোগিণীকে ৮।১০ দিবস শয্যাগত রাখিয়া আবশ্যক মতে ক্যাথিটার ব্যবহার, আইওডোফরমগজ পরিবর্ত্তন এবং সংকোচক জলের ডুস প্রয়োগ করিতে হয়।

জরায়ু—উদরপ্রাচীর (Vento-fixation), মূত্রাশয়ের প্রাচীর (Vesico-fixation) এবং যোনিপ্রাচীর (Vagino--fixation) সহ নানা প্রণালীতে আবদ্ধ করার বহুবিধ অস্ত্রোপচার প্রচলিত আছে, কিন্তু বাহুল্যবোধে তদ্বিবরণ উল্লেখ করা হইল না। শেষোক্ত অস্ত্রোপচার কল্পোহিষ্টেরোপেক্সী বা হিষ্টেরেকটমী নামে অভিহিত হয়।

নবম অধ্যায়।

জরায়ু-ভ্রংশ।

(Prolapse of the uterus প্রলাপস্ অফ্ দি ইউটিরাস)

জরায়ু নির্দ্দিষ্ট স্থান হইতে বস্তিগহ্বরমধ্যে নামিয়া আসিলে প্রলাপস্ অর্থাৎ জরায়ু-ভ্রংশ নামে উক্ত হয়। জরায়ু-ভ্রংশ সহ

৭৫তম চিত্র।—জরায়ুর ভ্রংশতাসহ সিষ্টোসিল।

যোনিপ্রাচীরের শিথিলতা বর্ত্তমান থাকে ও যোনি উল্টাইয়া যায়।

জরায়ু ভ্রংশের পরিমাণ অনুসারে মূত্রাশয় প্রভৃতি আক্রান্ত হয়। যদি জরায়ু যোনিদ্বারে বহির্দ্দেশে নামিয়া আইসে তবে সিষ্টোসিল বা রেক্টোসিল, কিম্বা উভয়ই সম্মিলিত থাকার সম্ভাবনা। নিম্নাগত জরায়ু ও যোনি, মূত্রাশয় ও সরলান্ত্র উভয়কে নিম্নাভিমুখে আকর্ষণ করিয়া লইয়া আইসে।

প্রলাপস্ সাধারণতঃ তিন ভাগে বিভক্ত। ১ম, জরায়ুর সমস্ত অংশ যোনি মধ্যেই থাকে; ২য়, যোনি মুখ হইতে আংশিক বহির্গত হইতে দেখা যায়; ৩য়, জরায়ুর সমস্ত অংশ যোনি দ্বারের বহির্দ্দেশে আইসে। শেষোক্ত দুই শ্রেণীর ভ্রংশতা প্রসিডেন্‌সিয়া (Procidentia) নামে উক্ত।

জরায়ু স্বস্থানে অবস্থান জন্য উর্দ্ধ হইতে ইউটিরো-সেক্রাল ও বস্তিগহ্বর স্থিত অন্যান্য বন্ধনী, এবং নিম্ন হইতে যোনি ও পেরিনিয়ম সাহায্য করে। সুতরাং জরায়ুর ভ্রংশতাসহ বস্তিগহ্বরের বন্ধনী সমূহের শিথিলতা, যোনি-প্রাচীরের দুর্ব্বলতা এবং বিটপ দেশের ক্ষীণতা কিম্বা

৭৬তম চিত্র।—জরায়ুর ক্রমিক নিম্নাবতরণ প্রণালী।

অভাব বর্ত্তমান থাকে। জরায়ুর নিম্নাভরণ বলিলে পতনও বুঝাইতে পারে। বৈধানিক পরিবর্ত্তন ফলে পশ্চাদ্বক্র জরায়ু নিম্নাবতরণ করিতে পারে। যোনি এবং জরায়ু উভয়েই নিম্নাবতরণ করে। জরায়ু

নামিয়া আসিয়াছে অথচ যোনি নিজ স্থানেই আছে, এরূপ ঘটনা অতি বিরল। একটী নামিয়া আসিলেই সঙ্গে সঙ্গে অপরটীও আংশিক নামিয়া আইসাই সাধারণ নিয়ম।

নিম্নাবতরণ ফলে জরায়ুতে রক্তাধিক্য উপস্থিত হওয়ায়, গ্রীবার যোনি মধ্যস্থিত এবং তদূর্দ্ধস্থিত অংশ বিবর্দ্ধিত হইতে থাকে। সাধাণরতঃ নিম্নাংশেই অধিক রক্ত সঞ্চিত হইয়া দোদুল্যমান হওয়ায় ক্রমে ক্রমে আরও নিম্নে আসিতে থাকে। বৈধানিক পরিবর্ত্তনের ফলে ক্রমান্বয়ে (১) জরায়ুর স্বস্থানে পরিরক্ষক বিধান সমূহের শিথিলতা বা অল্পতা, (২) জরায়ুর পশ্চাদভিমুখ বক্রতা, (৩) জরায়ুর আংশিক নিম্নাবতরণ, (৪) যোনি-প্রাচীরের আংশিক নিম্নাবতরণ, (৫) যোনি উল্টানের প্রথমাবস্থা, (৬) জরায়ুর ও তৎসহ মল ও মূত্রাশয়ের আংশিক নিম্নাবতরণ, (৭) ৪, ৫, ৬ চিহ্নিত পরিবর্ত্তন ফলে জরায়ুর—বিশেষতঃ যোনির মধ্য ও ঊর্দ্ধস্থিত গ্রীবাংশের বিবৃদ্ধি, ওষ্ঠদ্বয়ের বাহ্য বক্রতা, যোনির সম্মুখ প্রাচীরের নিম্নাবতরণ, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির স্থূলত্ব ও কঠিনত্ব; (৮) পরিশেষে সম্পূর্ণ জরায়ুর বহির্গমন, যোনি উল্টান ও উভয়ে বহির্দ্দেশে থাকায় এবং পার্শ্বস্থিত গঠনের ঘর্ষণ লাগায় পর পর অন্যান্য পরিবর্ত্তন জনিত বিবিধ লক্ষণ উপস্থিত হয়।

কারণ।—গর্ভধারণ সাধারণ কারণ মধ্যে পরিগণিত। পেরিনিয়মের দুর্ব্বলতা, শিথিলতা, অসম্পূর্ণতা বা অভাব; গ্রীবার ছিন্নবিচ্ছিন্নতা; জরায়ুর অর্ব্বুদ; উদরগহ্বরের অর্ব্বুদ; জরায়ুর বিধানে রক্তাধিক্য; বস্ত্রাদির সঙ্কোচ; বার্দ্ধক্য; বৃহৎ বস্তিগহ্বর; দণ্ডায়মানাবস্থায় অধিক সময়াতিপাত; গুরুভার দ্রব্য উত্তোলন; আকস্মিক আঘাতাদি; প্রসব সময়ের আঘাত; এবং অধিক বয়সে বিস্তর প্রসব ইত্যাদি কারণে জরায়ু নিম্নাবতরণ করে।

গর্ভধারণ করিলে জরায়ু বৃহৎ ও ভারী হয়, প্রসব সময়ে বিটপদেশ ছিন্ন বিচ্ছিন্ন হইলে ঐরূপ জরায়ু সহজে নামিয়া আসিতে পারে। ঊর্দ্ধ হইতে সঞ্চাপ পতিত হইলেও জরায়ু নিম্নে আইসে, প্রসবের দ্বিতীয় অবস্থায় যে ভাবে সন্তানের মস্তক বহির্গত হয়, বৃহৎ জরায়ুও ক্রমে সেই ভাবে নামিয়া আইসে। বিটপ দেশ দৃঢ় থাকিলেও উপর হইতে সঞ্চাপ আইসায় ক্রমে তাহা প্রসারিত হওয়ায় বহির্গত হইতে কাল বিলম্ব হয় মাত্র। এরূপ অবস্থায় বিটপ দেশের শিথিলতা বহির্গমনের সাহায্য করে মাত্র, মুখ্য কারণ নহে। অত্যধিক পরিপূর্ণ মল ও মূত্রাশয় জরায়ু বহির্গমনের গৌণভাবে সাহায্য করে এবং ইহারা উভয়েই পরম্পরিত বা গৌণ কারণে নামিয়া আইসে।

দৃঢ়ভাবে পরিবেষ্টন করিয়া বস্ত্র পরিধান, যে সকল ব্যবসায়ে ক্রমাগত ভারী দ্রব্য উত্তোলন করিতে হয় এবং এরূপে বেগ দিতে হয় যে, বস্তিগহ্বরে উদরগহ্বরের বেগ পতিত হয়, সেই অবস্থায় ক্রমে ক্রমে পরিরক্ষক বিধান সমূহ শিথিল হওয়ায় জরায়ু নিম্নে আইসে। পুরাতন

৭৭তম চিত্র।—বিটপদেশ বিদীর্ণ, সিষ্টোসিল, রেক্‌টোসিল, এবং বিবর্দ্ধিত গ্রীবাসহ জরায়ুর নিরাবরণ।

গ্রহণী বা কাশি ইত্যাদিতে ক্রমাগত কুন্থন জন্য এইরূপ হইতে পারে। সহসা প্রবল পৈশিক উদ্যমে জরায়ু নামিয়া আসিলে প্রবল বেদনা

ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়। পলিপাস, সৌত্রিক অর্ব্বুদ ও অসম্পূর্ণ সঙ্কোচনও সাহায্যকারী।

লক্ষণ।—কটিদেশের পশ্চাতে ও পার্শ্বে আকর্ষণবৎ বেদনা—গমনাগমনে ও উত্থানে বেদনা অধিক হয়। প্রথমাবস্থায় মলত্যাগ সময়ে কুন্থন দিলে যোনি মধ্যে কোন বস্তু নামিয়া আসিতেছে এমত বোধ, ও পশ্চাদ্বক্রতার লক্ষণ সমূহ বিদ্যমান থাকিতে পারে। অধিক নামিয়া আসিলে যদি মল ও মূত্রাশয় স্থানভ্রষ্ট হয়, তবে তাহাদিগের অসুবিধার লক্ষণ উপস্থিত হয়; যেমন—সরলান্ত্র মধ্যে উত্তেজনা, বেগ, গুরুত্ব এবং কোষ্ঠ পরিষ্কারের কষ্ট বোধ ইত্যাদি। সম্পূর্ণ বহির্গত হইলে সিষ্টোসিল ও রেক্টোসিল অর্থাৎ যোনির সম্মুখ প্রাচীর সহ মূত্রাশয় এবং পশ্চাৎ প্রাচীর সহ সরলান্ত্রও আকর্ষিত হইয়া আংশিক নামিয়া আসিয়া থলীবৎ হইতে পারে। রক্তাধিক্য জন্য অধিক আর্ত্তবস্রাব বা শোণিত স্রাব হওয়ার সম্ভাবনা। বহির্গত অংশের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে কখন কখন শোথ, প্রদাহ, ক্ষত এবং তাহা হইতে শোণিতস্রাব হয়। আবদ্ধ হইয়া শোণিত সঞ্চালন বন্ধ হইলে বিগলিত হওয়া আশ্চর্য্য নহে। সম্পূর্ণ বহির্গত হইলেও অনেক সময়ে বিশেষ কষ্টজনক লক্ষণ না থাকিতে পারে। সাধারণতঃ জরায়ু পশ্চাদ্বক্রাবস্থায় থাকে।

নির্ণয়।—প্রথমাবস্থায় জরায়ু মুখ স্বাভাবিক স্থান হইতে নিম্নে এবং জরায়ুর দেহ বস্তিগহ্বর মধ্যে অপেক্ষাকৃত নিম্নে অনুভূত হয়। প্রথমাবস্থায় সম্মুখ ন্যুব্জ বা পশ্চাৎবক্রতা থাকিতে পারে। এই অবস্থায় যোনির নিম্নাবতরণ এবং সম্মুখ যোনি প্রাচীরের দুর্ব্বলতা অনুভব করা অসম্ভব নহে। কিন্তু যোনি মুখে বা একবারে বহির্দ্দেশে আসিলে ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা অল্প। কি পরিমাণ বহির্গত হইয়াছে, তাহা স্থির করিতে হইলে রোগিণীকে দণ্ডায়মান রাখিয়া পরীক্ষা করা উচিত।

জরায়ু-গহ্বরে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া গহ্বরের দৈর্ঘ্য স্থির করা আবশ্যক। সাধারণ জরায়ু নিম্নে আসিলে গহ্বরের দৈর্ঘ্য স্বাভাবিক কিম্বা তদপেক্ষা সামান্য অধিক হওয়ার সম্ভাবনা। কিন্তু গ্রীবা বিবর্দ্ধিত হইয়া আসিলে সাউণ্ড অধিক প্রবেশ করে। সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ অপর হস্ত দ্বারা পরীক্ষা করিলে জরায়ুর দেহ বর্দ্ধিত হইয়াছে কি না, তাহা স্থির হয়। বহির্গতাবস্থায় সাউণ্ড প্রবেশ করাইলে সাউণ্ড তিন ইঞ্চ বা তদপেক্ষা অধিক প্রবেশ করিতে পারে কিন্তু স্বস্থানে পুনঃ স্থাপন করিয়া প্রবেশ করাইলে স্বাভাবিক অবস্থায় সম পরিমাণ প্রবেশ করে।

যোনির সম্মুখ প্রাচীরের কোন অর্ব্বুদ সন্দেহ হইলে মূত্রাশয় মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া পরীক্ষা করিলে মূত্রাশয়ের এবং যোনির সংলগ্ন প্রাচীর পরিষ্কার রূপে অনুভব করা যায়। বহির্গত পদার্থে জরায়ুর মুখ দৃষ্ট হয় এবং তন্মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করান যায়।

চিকিৎসা।—নিম্নাগত জরায়ুর চিকিৎসা সাধারণতঃ (১) উপশম, (২) পুনঃস্থাপন, (৩) স্বস্থানে আবদ্ধ এবং (৪) অস্ত্রোপচার; এই চারি শ্রেণীতে বিভক্ত করিয়া বর্ণনা করা হয়।

লক্ষণাদির উপশম জন্য ব্যাপক এবং স্থানিক চিকিৎসা আবশ্যক। জরায়ুর আয়তন এবং গুরুত্ব হ্রাস করাই ইহার প্রধান উদ্দেশ্য। সম্ভব হইলে রোগিণীকে শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয্যায় শায়িতা রাখিবে। কিন্তু এদেশে সাধারণতঃ দরিদ্রা স্ত্রীলোকদিগের মধ্যেই উক্ত পীড়ার প্রাদুর্ভাব অত্যন্ত অধিক, তাহাদিগের পক্ষে তদ্রূপ অবস্থায় থাকা অসম্ভব। পীড়ার প্রথমাবস্থায় রোগ নির্ণয় হওয়া মাত্র সঙ্কোচক ঔষধ—ফিটকিরি, ট্যানিন্, সাল্‌ফেট অফ্ জিঙ্ক কিম্বা কষজল প্রভৃতির ডুস প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। স্যালিসিলিক এসিড তুলার সহিত

গ্লিসিরিণের পুঁটলী, শয়ন সময়ে ট্যাম্পনসহ সঙ্কোচক ঔষধের চূর্ণ, প্রয়োগ করা উচিত। চিকিৎসক যদি স্বয়ং ট্যাম্পন প্রয়োগ করেন তবে কণুই-জানু অবস্থানে স্থাপন করিয়া প্রয়োগ করিবেন। পরিধেয় বস্ত্র সকল সময়েই শিথিল অবস্থায় থাকিবে। যে সমস্ত কোমরবন্ধ অর্থাৎ বেল্ট (belt) পিউবিসের ঊর্দ্ধে অন্ত্র সমূহ উর্দ্ধাভিমুখে চাপিয়া রাখে, তাহা ব্যবহার করা উচিত।

শীতল জলে স্নান উপকারী। সুবিধা হইলে সমুদ্রজলে স্নানেও উপকার হয়। ব্যাপক বা স্থানিক যে সমস্ত কারণে জরায়ুতে রক্তাধিক্য এবং তাহার পরিরক্ষক গঠন সমূহের শিথিলতা উপস্থিত হয়, তাহার প্রতিবিধান কর্ত্তব্য। সময়ে সময়ে স্থানিক রস মোক্ষণ করিবে। ষ্ট্রীক্নিন্‌, ধাতব অম্ল, কুইনাইন, ও আর্সেনিক প্রভৃতি বলকারক এবং কোষ্ঠ পরিষ্কার জন্য লাবণিক বিরেচক ব্যবস্থা করিবে। সরলান্ত্র মধ্যে শীতলজলের পিচকারী প্রয়োগ করিলেও উপকার হয়। জরায়ুর বক্রতা বা ন্যুব্জতা বর্ত্তমান থাকিলে তাহা সংশোধন করায় বিশেষ উপকার হয়।

কণ্ঠের বা ফুস্‌ফুসের কোন কারণবশতঃ পুরাতন কাশি থাকিলে তাহার চিকিৎসা করা উচিত।

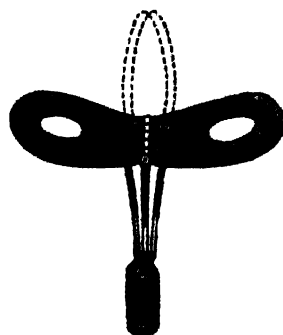
চিকিৎসার দ্বিতীয় উদ্দেশ্য—স্থানভ্রষ্ট জরায়ুকে স্বস্থানে পুনঃ স্থাপন করা। নিম্নাবতরণের পর অধিক সময় অতীত হইয়া থাকিলে, জরায়ু যোনিমধ্যে নামিয়া আসিলে অথবা যোনিদ্বার দিয়া বহির্গত হইয়া থাকিলে অনতি বিলম্বে তাহাকে স্বস্থানে পুনঃস্থাপন করিতে হয়। রোগিণীকে কণুই-জানু অবস্থানে স্থাপন করাই সুবিধা। হস্তদ্বারা সহজে প্রবেশ করান যায়। অধিকাংশ রোগিণী চিকিৎসকের সাহায্য ব্যতীতও স্বয়ং উত্তমরূপে প্রবেশ করাইয়া থাকে। যে অংশ

প্রথমে বহির্গত হইয়াছিল, সেই অংশ সর্ব্বশেষে প্রবেশ করান নিয়ম। স্বস্থানে স্থাপন করার পর রক্তাধিক্য হ্রাস করিয়া পেশারী প্রয়োগ সহ্য করার জন্য প্রস্তুত করা আবশ্যক।

পেশারী দ্বারা স্বস্থানে আবদ্ধ রাখা চিকিৎসার তৃতীয় উদ্দেশ্য। পেশারী প্রয়োগ করিলেই জরায়ু আর নামিয়া আসিতে পারে না।

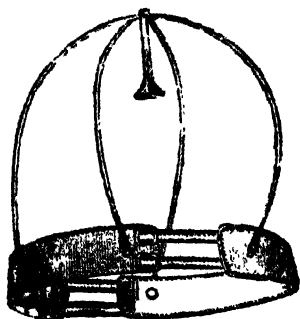
নিম্নাবতরণের পরিমাণ অনুসারে ভিন্ন ভিন্ন পেশারী প্রয়োগ করিতে হয়।

(ক) পশ্চাদ্বক্রতা বা সম্মুখ ন্যুব্জতাসহ কিম্বা কেবল নিম্নাবতরণের উপক্রম।

(খ) যোনির সম্মুখ প্রাচীরের কিয়দংশ সহ জরায়ুর সম্পূর্ণ নিম্নাবতরণ।

৭৮তম চিত্র।—ভলকেনাইট জোয়াকপেশারী। পক্ষদ্বয় একত্র করিয়া প্রবেশ করাণের পর প্রসারিত করিতে হয়। পক্ষ নিম্নদিকেও আসিতে পারে। কবজা এবং স্ক্রু সংলগ্ন।

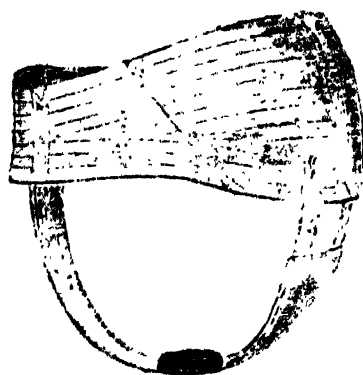
(গ) সম্পূর্ণ নিম্নাবতরণসহ যোনি উল্টান এবং যোনি প্রাচীরের সঙ্কোচন শক্তি বিহীনতা।

প্রথম শ্রেণীর পক্ষে সাধারণ হজ্‌পেশারী উৎকৃষ্ট।

দ্বিতীয় শ্রেণীতেও হজপেশারী প্রয়োগ করিলে অনেক স্থলে উপকার পাওয়া যায়। তবে এমত বড় হওয়া আবশ্যক যে, জরায়ুকে আবদ্ধ করিয়া নিজে আবদ্ধ থাকিতে পারে অথচ যোনি প্রাচীরকে সবলে প্রসারিত না করে। সমস্ত পেশারীই সময়ে সময়ে বহির্গত এবং পরিষ্কার করা আবশ্যক। পেশারী অভ্যন্তরে থাকা সময়ে দুর্গন্ধহারক ও পচননিবারক জলদ্বারা পিচকারী দিবে, হজের পেশারী বা তাহার আংশিক পরিবর্তন অন্য পেশারীতে উপকার না হইলে ওয়াচ স্প্রিং বা রবার গ্লিসিরিণ রিং পেশারী ব্যবহার করা আবশ্যক। রবার

১১তম চিত্র।—সেপিয়ারের প্রলাপস পেশারী।

গ্লিসিরিণ পেশারীর দোষ এই যে, তাহা শীঘ্রই নষ্ট হইয়া যায়। সেইরূপ পেশারী শয়ন সময়ে বহির্গত করিয়া রাখিয়া উত্থান সময়ে পুনর্ব্বার পরিধান করা সুবিধা। জোয়াঙ্ক (Zwanck) পেশারী বা তদ্রূপ অন্য পেশারীও এই অবস্থায় প্রয়োগ করা যাইতে পারে। অনেকে এই পেশারী ভাল বোধ করেন। রজনীতে বহির্গত করতঃ পচননিবারক

জলমধ্যে নিমজ্জিত করা উচিত। ধাতব বা ভলকেনাইট উভয়ের পেশারীই প্রাপ্ত হওয়া যায়। গডসন ইহার পরিবর্ত্তন করিয়াছেন।

৩য় শ্রেণী।—জরায়ু সম্পূর্ণ বহির্গত হইয়া পড়িলে পেশারী দ্বারা আবদ্ধ রাখা অত্যন্ত কঠিন। প্রথমে গ্রীণহল পেশারী প্রয়োগ করিয়া অকৃতকার্য্য হইলে পরে কাটারের প্রলাপস পেশারী প্রয়োগ করা উচিত। বারণস্ কাপ ও ষ্টেম পেশারীও প্রয়োগ করা যাইতে পারে। নিম্ন হইতে উদরপ্রাচীর ও বিটপদেশ যন্ত্রদ্বারা চাপিয়া রাখার উপকার পাওয়া যায়।

৮০তম চিত্র।—পেলভিস্ পেরিনিয়াল প্যাড সহ বেল্ট।

অস্ত্রোপচারের সাহায্যে জরায়ু স্বস্থানে আবদ্ধ করা চিকিৎসার চতুর্থ উদ্দেশ্য।—নানাবিধ প্ল্যাষ্টিক (Plastic) অস্ত্রোপচার দ্বারা গঠনের পীড়িত বিকৃত আকৃতিকে স্বাভাবিক আকৃতিতে পরিণত করিতে যত্ন করা হয়। তদ্রূপ অবস্থায় পরিণত হইলে সম্পূর্ণ বহির্গত জরায়ু অভ্যন্তরে আবদ্ধ থাকিতে পারে। প্ল্যাষ্টিক অর্থাৎ

আকৃতি গঠন অস্ত্রোপচার চারি শ্রেণীতে বিভক্ত। (১) বিপটদেশ স্বাভাবিক আয়তনে বর্দ্ধিত শক্তি বিশিষ্ট করিয়া প্রস্তুত করা। (২) যোনি-গহ্বর সঙ্কুচিতাবস্থায় পরিণত করা। (৩) যোনি-মুখ সংকীর্ণ করা। (৪) বিবর্দ্ধিত জরায়ু-গ্রীবা কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করতঃ ক্ষুদ্র করা।

বিটপদেশ বস্তি-গহ্বরস্থিত যন্ত্র সমূহের আংশিক ভার ধারণ করে, তজ্জন্য তাহারা স্বাভাবিক অবস্থায় অবস্থিত হয়। সার্ব্বাঙ্গিক দুর্ব্বলতা কিম্বা স্থানিক শক্তিহীনাবস্থায় বিটপদেশে ঊর্দ্ধ হইতে ক্রমাগত সঞ্চাপ পতিত হইলে তাহা সহজে শিথিল বা বিদীর্ণ হওয়া সম্ভব। এইজন্যই বিটপদেশের দুর্ব্বলতা বা অভাব কিম্বা বিদারিতাবস্থায় জরায়ু নিম্নে অবতরণ করে। পরন্তু উক্ত ঘটনায় বস্তি-গহ্বরস্থিত অন্যান্য যন্ত্র সমূহ স্বাভাবিক স্থান ভ্রষ্ট হয়—সরলান্ত্রের সম্মুখ প্রাচীর বিটপদেশ সহ আবদ্ধ, সুতরাং উক্ত স্থান শিথিল হইলে তৎসংলগ্ন সরলান্ত্রের প্রাচীরও নামিয়া আইসে। এতৎসহ যোনির পশ্চাৎ প্রাচীর আকর্ষিত হওয়ায় জরায়ুর গ্রীবাও আকর্ষিত এবং জরায়ুর ও যোনির গহ্বর স্বাভাবিক অক্ষ রেখা পরিভ্রষ্ট হয়। পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীরের উপর সম্মুখ যোনিপ্রাচীর ও সম্মুখ যোনিপ্রাচীরের উপর মূত্রাশয় এবং মূত্রাশয়ের উপরে জরায়ুর কিয়দংশ গুরুত্ব নিহিত, সুতরাং বিটপের দুর্ব্বলতার ফলে বস্তিগহ্বরস্থিত যন্ত্রাদির অবস্থানের কিরূপ পরিবর্ত্তন সম্ভব, তাহা সহজে অনুমেয়।

ছিন্নবিচ্ছিন্ন বিটপদেশ।

(Lacerated Perineum)

বিটপদেশ বিদারণ সাধারণ দুই প্রকৃতির—অসম্পূর্ণ এবং সম্পূর্ণ। প্রথম প্রকারে যোনিদ্বারের নিম্নধার বিদীর্ণ হয়, কিন্তু স্ফিঙ্কটার এনাই-

পেশী বিদীর্ণ হয় না। দ্বিতীয় প্রকারে উভয়েই বিদীর্ণ হয়। পরন্তু উক্ত পেশী ও যোনিদ্বার বিদীর্ণ না হইয়াও যোনিপ্রাচীরের মধ্যে (Central Rupture) বিদীর্ণ হইয়া বিটপদেশ সহ সম্মিলিত হইতে পারে। সাধারণতঃ কসানেভিকিউলেরিসের স্থান বিচ্ছিন্ন হয়। কখন কখন কেবল যোনিপ্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি কিম্বা পেরিনিয়মের ত্বক্ বিদীর্ণ হইতে দেখা যায়। ঐ সমস্তের বিস্তারিত বিবরণ অপর বিষয়ের অন্তর্গত, এ জন্য এস্থলে উল্লেখ না করিয়া কেবল অস্ত্রোপচার মাত্র বর্ণিত হইল।

পেরিনিওরাফী (Perineorraphy) অস্ত্রোপচার।—যোনি ও বিটপদেশের কল্পোরাফী, এপিসিওরাফী, পেরিনিওরাফী প্রভৃতি সমস্ত অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে ও অস্ত্রোপচার সময়ে বিশেষরূপে পচননিবারক প্রণালী অবলম্বন করা কর্ত্তব্য। চিকিৎসক ও সাহায্যকারীদিগের হস্ত এবং বিটপ, যোনি ও তৎসংলগ্ন স্থান অল্প সময় পর পর পচন-নিবারক জলধারা ধৌত করা উচিত। অস্ত্রোপচার সময়ে অস্ত্রোপ-চার্য্য স্থানে পচননিবারক জলধারা প্রয়োগ করিতে হয়।

এই অস্ত্রোপচার দুই শ্রেণীতে বিভক্ত—প্রাথমিক (Primary or Immediate) এবং গৌণ (Secondary or Deferred)। পরন্তু মলদ্বারের সঙ্কোচক পেশী ছিন্ন না হইলে যে প্রণালীতে সেলাই করিতে হয়, উক্ত পেশী ছিন্ন হইলে তদপেক্ষা ভিন্ন প্রণালী অবলম্বন করা আবশ্যক। প্রথমের উদ্দেশ্য কেবল বিদীর্ণ প্রদেশের সংযোগ সাধন; কিন্তু শেষোক্তাবস্থায় সঙ্কোচক পেশীর বিনষ্ট শক্তির পুনরুদ্ধার ও বিটপদেশ পুনঃ প্রস্তুত করিতে হয়। এই কারণবশতঃ প্রথমোক্ত অপেক্ষা শেষোক্ত অস্ত্রোপচার অপেক্ষাকৃত কঠিন।

অসম্পূর্ণ ছিন্নাবস্থায় সদ্যঃ অস্ত্রোপচার।—বিদীর্ণ হওয়া মাত্র অস্ত্রোপচার করিতে হইলে রোগিণীকে উত্তান ভাবে স্থাপন করিয়া

উরুদ্বয় পরস্পর পৃথক রাখার জন্য দুই জন সহকারী নিযুক্ত করিবে। যোনিগহ্বরমধ্যে এক খণ্ড স্পঞ্জ প্রবেশ করাইয়া রাখিলে তন্মধ্যস্থিত স্রাব আসিয়া ক্ষত দূষিত করিতে পারে না। কার্ব্বলিক জল (১—৪০) দ্বারা এরূপ ভাবে ক্ষত পরিষ্কার করিবে যে, তন্মধ্যে সামান্য সংযত শোণিত বিন্দুও না থাকিতে পারে।

৮১তম চিত্র।—থরবর্ণের মতে অসম্পূর্ণ ছিন্নবিচ্ছিন্নতায় সদ্যঃ সেলাই করার প্রণালী।

বিটপদেশে ব্যবহার্য্য মুষ্টিযুক্ত সরল কিম্বা বক্র সূচিকা তার সংলগ্ন না করিয়াই রোগিণীর বাম পার্শ্বের ক্ষতের নিম্নাংশে, মলদ্বারের কিনারা হইতে অর্দ্ধ ইঞ্চ বহির্দ্দিকে, ক্ষতের কিনারা হইতে এক চতুর্থাংশ ইঞ্চ ব্যবধানে সূচিকা বিদ্ধ করিয়া ঊর্দ্ধ ও ঈষৎ অভ্যন্তরাভিমুখে চালিত করতঃ ক্ষতের ঊর্দ্ধ ধারে—ক্ষতের পার্শ্বে সূচিকার অগ্র বহির্গত হইলে ছিদ্রমধ্যে রৌপ্য তার প্রবিষ্ট করিয়া দিয়া যে পথে প্রবেশ করান হইয়াছিল সেই পথেই বহির্গত করিয়া সূচিকা হইতে তার খুলিয়া দিবে। এই প্রণালীতে, ক্ষতের দক্ষিণ পার্শ্বেও সূচিকা প্রবেশ করাইয়া তারের অপর অগ্র বহির্গত করিয়া আনিবে। এই প্রণালীতে ক্রমে ক্রমে বাহ্য দিকে আরও ৩।৪ খণ্ড তার প্রবেশ করাইয়া পরিশেষে

প্রত্যেক তার খণ্ডের উভয় অগ্র—একত্র করিয়া টানিয়া ক্ষতের উভয় পার্শ্বধার একত্র করতঃ যোচড়াইয়া বদ্ধ করিয়া রাখিবে। তার এমত ভাবে প্রবেশ করাইবে যে, তাহার উভয় বহির্গত অগ্র ব্যতীত অপর সমস্ত অংশ যোনি ও সরলান্ত্রের প্রাচীরের মধ্যে লুক্কায়িত থাকে।

সূচিকার অগ্র ঊর্দ্ধ দিকে বহির্গত করার সময়ে লক্ষ্য রাখিতে হইবে যে, তাহা যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে বহির্গত না হইয়া ক্ষতের সহিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সংযোগস্থলে বহির্গত হয়। কারণ ক্ষতের উভয় পার্শ্ব একত্র সম্মিলিত করিলে যদি তদভ্যন্তরে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি প্রবেশ করে, তবে সংযোগ দ্বারা আরোগ্য হইতে পারে না। তার টানিয়া বন্ধন করার সময়ে এরূপ ভাবে বন্ধন করিবে যে, তাহা অত্যন্ত কষা না হইয়া কেবল ক্ষতের উভয় পার্শ্ব পরস্পর স্পর্শ করিয়া সম্মিলিত থাকে মাত্র। প্রথমে পশ্চাতের সেলাই বন্ধন করিয়া ক্রমে ক্রমে সম্মুখের সেলাই বন্ধন করা উচিত। তার বন্ধন করার সময়ে এক জন সহকারী অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী অঙ্গুলী দ্বারা সঞ্চাপ দিয়া ক্ষতের পার্শ্বদ্বয় একত্র করিয়া রাখিলে বন্ধন করা সহজ হয়।

সম্পূর্ণ ছিন্নাবস্থায় সদ্যঃ অস্ত্রোপচার। স্ফিঙ্কটার এনাই পেশী ছিন্ন হওয়ায় মলদ্বারের সম্মুখ প্রদেশ পর্য্যন্ত দ্বিধা বিভক্ত হইলে সেই বিদারের মধ্যস্থিত অংশ প্রায় ত্রিকোণ আকৃতি বিশিষ্ট হয়। এইরূপ হইলে প্রথম প্রবেশিত সূচিকার অগ্র পূর্ব্বোক্ত প্রণালীতে বহির্গত না করিয়া ঊর্দ্ধ কোণের অল্প উপর দিয়া ঘুরাইয়া দক্ষিণ পার্শ্ব দিয়া বাম পার্শ্বে যে স্থানে সূচিকা প্রবেশ করান হইয়াছিল, দক্ষিণ পার্শ্বে তাহারই অনুরূপ স্থানে বহির্গত করিতে হয়। এইরূপে তার প্রবেশ করাইলে তদ্দ্বারাও একটী ত্রিকোণ ক্ষেত্র প্রস্তুত হয়। পরিশেষে তারের উভয় অগ্র টানিয়া বন্ধন করিলে ত্রিকোণ একত্রে সম্মিলিত ও থলির সঙ্কুচিত মুখের অনুরূপ আকৃতি বিশিষ্ট হয়। অবশিষ্ট কয়েক খণ্ড তার প্রথমোক্ত অস্ত্রোপচারের নিয়মে প্রবেশ করাইবে।

অস্ত্রোপচার শেষ হইলে যোনি হইতে স্পঞ্জ বহির্গত করিয়া ক্ষত ও যোনি পচননিবারক জল দ্বারা ধৌত এবং উপযুক্ত ঔষধ ও গজ দ্বারা

আবৃত করিয়া রোগিণীকে উত্তান ভাবে শয়ান করাইয়া ক্ষত সম্মিলিত না হওয়া পর্য্যন্ত উরুদ্বয় একত্র করিয়া বন্ধন করিয়া রাখিবে। দুই সপ্তাহের পর সেলাই কাটিয়া দেওয়া যায়। আবশ্যক মত ছয় ঘণ্টা পর পর ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব এবং প্রত্যহ পিচকারী দ্বারা মল পরিষ্কার করাইবে।

ডিফার্ড বা সেকেণ্ডারী পেরিনিওরাফী (Deferred or secondary perineorraphy) অর্থাৎ গৌণে বিটপ প্রস্তুত অস্ত্রোপচার।—বিটপদেশ বিদীর্ণ হওয়ার কয়েক সপ্তাহ পর, সদ্যঃ প্রস্তুতের ফলে সম্মিলিত না হইলে, জরায়ু বা যোনির বহির্গমন রোধ করিতে হইলে এবং নিম্ন প্রশস্ত যোনিতে স্ফিংক্টেরারী আবদ্ধ রাখার আবশ্যক হইলে এই অস্ত্রোপচার সম্পাদন করিতে হয়। প্রসব সময়ে বিদীর্ণ হইয়া থাকিলে অন্ততঃ পক্ষে ছয় সপ্তাহের পর গৌণ অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য।

কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে অস্ত্রোপচারের জন্য রোগিণীকে প্রস্তুত করিতে হয়। কয়েক দিবস শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয়ান, কোষ্ঠ পরিষ্কার জন্য সালফেট অব ম্যাগনেসিয়া সম্মিলিত ঔষধ সেবন এবং যোনি হইতে কোনরূপ স্রাব হইতে থাকিলে তাহার চিকিৎসা করা আবশ্যক। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্ব দিবস জোলাপ দিয়া প্রাতঃকালে পিচকারী দ্বারা অন্ত্র পরিষ্কার করা উচিত।

আবশ্যকীয় দ্রব্য।—সরল স্ক্যাল্‌পেল্‌, বক্র কাঁচী, আর্টারী ফরসেপস, ডিসেক্টিং ফরসেপস্‌, টর্শন ফরসেপস্‌, বুলডগ ফরসেপস্‌, অগ্রে ছিদ্রযুক্ত কয়েকটী পেরিনিয়ম নিডল, বক্র নিডল ও নিডল হোল্ডার, সিল্কওয়ারম গট, রৌপ্যতার, শট কম্প্রেসার, ছিদ্রযুক্ত শট, সেল্‌ফরিটেনিং ক্যাথিটার, স্পঞ্জ হোলডার, ক্লোরফরম, দুইজন সহকারী, একজন পরিচারিকা এবং কতিপয় শোধন করা বস্ত্রখণ্ড।

উপযুক্ত টেবেলে উত্তান ভাবে শয়ান করাইয়া ক্লোরফরম দ্বারা

অজ্ঞান করতঃ মস্তক ও স্কন্ধের নিম্নে বালিশ দিয়া টেবেলের এক ধারে উত্তম আলোকের সম্মুখে বিটপদেশ আনয়ন করিবে। দুইজন সহকারী বাহুদ্বারা উরুদ্বয় পরস্পর পৃথক্ করিয়া ধরিবে, প্রত্যেকে সুবিধা মত যে কোন হস্তের অঙ্গুলী দ্বারা—নিজ পার্শ্বের যোনির ওষ্ঠ সটান করিয়া রাখিবে এবং আবশ্যক হইলে অপর হস্ত দ্বারা—অস্ত্রোপচারকের সাহায্য করিবে। ক্লোভারের ক্রচার (clover's crutch) কিংবা তদ্রূপ অপর যন্ত্র দ্বারাও রোগিণীকে উক্ত অবস্থায় রাখা যাইতে পারে। শীতকালে অস্ত্রোপচারে বিলম্ব হইবে বিবেচনা হইলে অঙ্গ-প্রত্যঙ্গ বস্ত্রাবৃত করিয়া রাখিবে।

অস্ত্রোপচার।—উপযুক্ত ভাবে স্থাপিতা হইলে অস্ত্রোপচারক আবশ্যকীয় প্রত্যেক দ্রব্য পরীক্ষা করিয়া তৎপর অস্ত্রোপচার্য্য স্থানের লোমাবলী দূরীভূত করতঃ বাম হস্তের তর্জ্জনী ও মধ্যমাঙ্গুলী মলদ্বারমধ্যে প্রবেশ করাইয়া তদ্দ্বারা তথাকার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি সটান করিয়া রাখিয়া অস্ত্রোপচার আরম্ভ করিবেন। প্রথমে কাঁচী বা ছুরি দ্বারা মলদ্বারের সংলগ্ন শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির পার্শ্ব হইতে আরম্ভ করিয়া পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির দেড় ইঞ্চ পর্য্যন্ত সমগ্র অংশের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির এক স্তর ও ছিন্ন বিচ্ছিন্ন বিধান কর্ত্তন করিয়া পৃথক্ করতঃ দূরীভূত করিবে। উভয় পার্শ্বও ঐ প্রণালীতে পরিষ্কার করা আবশ্যক। এই স্তর কর্ত্তন সময়ে তথাকার ত্বক্ বিশেষরূপে সটান রাখা আবশ্যক। এইরূপে এক স্তর ঝিল্লি কর্ত্তন করিয়া পৃথক্ করিলে উভয় পার্শ্বে দেড় ইঞ্চ দীর্ঘ ও এক ইঞ্চ প্রস্থ এক একটী ত্রিকোণ সমপৃষ্ঠ কর্ত্তিত প্রদেশ হইবে। টর্শন ও বুলডগ ফরসেপস্ এবং উষ্ণ জল দ্বারা শোণিতস্রাব বন্ধ করিয়া পচননিবারক জল দ্বারা ধৌত করিতে হয়। অল্প বক্র, অত্যন্ত বক্র, ক্ষুদ্র বা বৃহৎ, যেরূপ সূচিকা দ্বারা সেলাই করা সুবিধা হয়, তাহা রৌপ্য তার বা সিল্ক ওয়ারমগট দ্বারা সজ্জিত ও নিডল হোলডার দ্বারা ধরিয়া পূর্ব্বোক্ত প্রণালীতে প্রবেশ করাইয়া পুনর্ব্বার অপর পার্শ্ব দিয়া তার বা সূত্র বহির্গত করিয়া লইতে হয়। ইহাই ইমেটের স্যুচার (Emmet's Suture)। অভ্যাস বা সুবিধা অনুসারে বক্র বা সরল সূচিকা ব্যবহার করা যাইতে পারে। পূর্ব্বোক্ত অস্ত্রোপচারের ন্যায় এই সেলাইয়ের সূত্রেরও বহির্গত দুই অন্ত ব্যতীত অপর সমস্ত অংশ সরলান্ত্র-পশ্চাৎ

যোনিপ্রাচীরের স্তর মধ্যে অদৃশ্য থাকে। সূচিকার তীক্ষ্ণ অগ্র প্রাচীর ভেদ করিয়া সরলান্ত্র মধ্যে প্রবেশ না করে তদ্বিষয়ে সতর্কতা অবলম্বন বিধেয়। সমস্ত তার প্রবেশ করান হইলে পুনর্ব্বার ধৌত করা উচিত। প্রত্যেক তারের উভয় অগ্র ধরিয়া আকর্ষণ করতঃ একত্রে মোচড়াইয়া ছিদ্রযুক্ত শট মধ্যে আবদ্ধ ও সন্নাপ দ্বারা বদ্ধ করিয়া রাখিতে হয়। প্রথমে পশ্চাৎ হইতে সেলাই বন্ধন করা উচিত। তার বন্ধন সময়ে ক্ষতের উভয় পার্শ্ব অঙ্গুষ্ঠ ও মধ্যমাঙ্গুলী দ্বারা চাপিয়া একত্রে সম্মিলিত করিয়া তার মোচড়ান উচিত। এইরূপে সমস্ত তার বন্ধন করা হইলে কার্ব্বলিক জল দ্বারা ধৌত, আইওডোফরম, বোরাসিক এসিড চূর্ণ প্রক্ষেপ, পচননিবারক গজ দ্বারা আবৃত ও পেরিনিয়ম ব্যাণ্ডেজ দ্বারা আবদ্ধ করিয়া দিবে। পরিশেষে শয্যায় লইয়া উরুদ্বয় একত্রে বন্ধন করিয়া উত্তান ভাবে বা এক পার্শ্বে শায়িতা রাখিবে। পার্শ্বদিকে শায়িতা রাখিলে যোনির স্রাব দ্বারা ক্ষত দূষিত হইতে পারে না। সজ্ঞান না হওয়া পর্য্যন্ত বিশেষ তত্ত্বাবধান আবশ্যক।

পরবর্ত্তী চিকিৎসা।—প্রস্রাব করানের জন্য সেলফ্ রিটেনিং ক্যাথিটার প্রবেশ করাইয়া রাখিতে হয়, কিন্তু ইহাতে অনিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা থাকিলে ছয় ঘণ্টা পর পর ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করাইবে। কোষ্ঠ বদ্ধ রাখার জন্য অহিফেন সেবন করান হয়। এক সপ্তাহের পর পিচকারী প্রয়োগ করিয়া মল বহির্গত করতঃ সেলাইয়ের তার কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করেন। অধিক মল না হওয়ার জন্য কেবল দুগ্ধ ও ঘোল ইত্যাদি পথ্য দেন; কিন্তু এই প্রণালীর প্রধান দোষ এই যে, মল বদ্ধ থাকায় রোগিণী অসুখ বোধ করে, মলের গুটলী উত্তেজনা উপস্থিত করে। তজ্জন্য প্রত্যহ সরলান্ত্র মধ্যে নল প্রবেশ করাইয়া অলিভ অইলের পিচকারী দেওয়াই সৎপরামর্শ সিদ্ধ। প্রত্যহ পার-ম্যাঙ্গেনেট অব্ পটাশের উষ্ণ দ্রব দ্বারা পিচকারী দিয়া যোনি ধৌত এবং ক্ষতোপরি শুষ্ক থাইমল প্যাড ও পেরিনিয়াল ব্যাণ্ডেজ প্রয়োগ করিতে হয়। এক পক্ষ কাল উরুদ্বয় বন্ধন করিয়া শয্যাগত রাখা আবশ্যক। ক্ষত সম্মিলিত হওয়ার পর তার কাটিয়া বহির্গত করিবে।

স্ফিঙ্কটার এনাই পেশী ছিন্ন হইলে পশ্চাতের প্রথম সেলাইটী বিদীর্ণ পার্শ্বের নিম্নাংশের অন্ত্র বাহ্য দিক হইতে আরম্ভ করিয়া সমস্ত নিম্ন বিদীর্ণ কিনারার পার্শ্ব পরিবেষ্টন করিয়া বহির্গত করিতে হয়। অবশিষ্ট সমস্ত প্রক্রিয়া সদ্যঃ অস্ত্রোপচারের অনুরূপ।

৮২ তম চিত্র। মলদ্বার বিদীর্ণ হইয়া ত্রিকোণ হইয়াছে। বিদীর্ণ প্রদেশ কর্ত্তন করিয়া পরিষ্কার করার পর ইমেটের সেলাই করার প্রণালী।
মলদ্বার বিদীর্ণের পার্শ্ব পরিবেষ্টন করিয়া···রেখাটি যে স্থান দিয়া গিয়াছে, প্রথম সূত্র সেই স্থান দিয়া প্রবেশ করাইতে হয়।—রেখা বাঙ্ক স্থিত সূত্র বা তার।

এপিসিওরাফী।—(Episiorraphy) অর্থাৎ যোনিদ্বার সংকীর্ণ করার অস্ত্রোপচার।—অবস্থানুসারে সমস্ত যোনিদ্বার বন্ধ করিয়া দিয়া কেবলমাত্র প্রস্রাব নির্গমের দ্বার মাত্র রাখা হয়। আবার কখন বা কেবল সঙ্গম কার্য্য সম্পন্ন হইতে পারে এমত ভাবে সংকীর্ণ করা হয়। এই শেষোক্ত উদ্দেশ্যে লসন টেটের V আকৃতির অস্ত্রোপচার সর্ব্বোৎকৃষ্ট। সহজে অস্ত্রোপচার সম্পন্ন হইতে পারে অথচ পরিণামফল উৎকৃষ্ট।

টেটের বিটপের অস্ত্রোপচার।

(Tait's operations on the Perinæum.)

টেটের পেরিনিয়মের অস্ত্রোপচার দুই উদ্দেশ্যে, দুই বিভিন্ন প্রকৃতিতে সম্পাদিত হয়। প্রথম, অসম্পূর্ণ বিদারণ জন্য বিটপদেশ সম্মুখাভিমুখে

বিস্তৃত করিয়া যোনিদ্বার সংকীর্ণ করার জন্ত V আকৃতির কর্ত্তন। দ্বিতীয়, সম্পূর্ণ বিদারণ জন্ত H আকৃতির কর্ত্তন করিয়া বিটপদেশ পুনর্গঠন এবং দৃঢ় করণ।

আবশ্যকীয় দ্রব্য।—কণুইয়ের অনুরূপ বক্র এবং নিম্নফলকাস্ত্র সুতীক্ষ এরূপ কাঁচী; ডিসেক্টিং ফরসেপস্; আর্টারী প্রেসার ফরসেপস্; সিল্ক ওয়ারম গট; তীক্ষাস্ত্র, বক্র, দৃঢ় গ্রীবাবিশিষ্ট সমুষ্টি সূচিকা; ক্রচ, তুলি, ইরিগেটার, আইওডোফরম, বোরাসিক এসিড চূর্ণ, লিণ্ট এবং T ব্যাণ্ডেজ ইত্যাদি।

৮৩ তম চিত্র। সরলান্ত্র-পশ্চাৎ যোনি প্রাচীর হইতে কাঁচী দ্বারা ফ্লাপ কর্ত্তন প্রণালী।

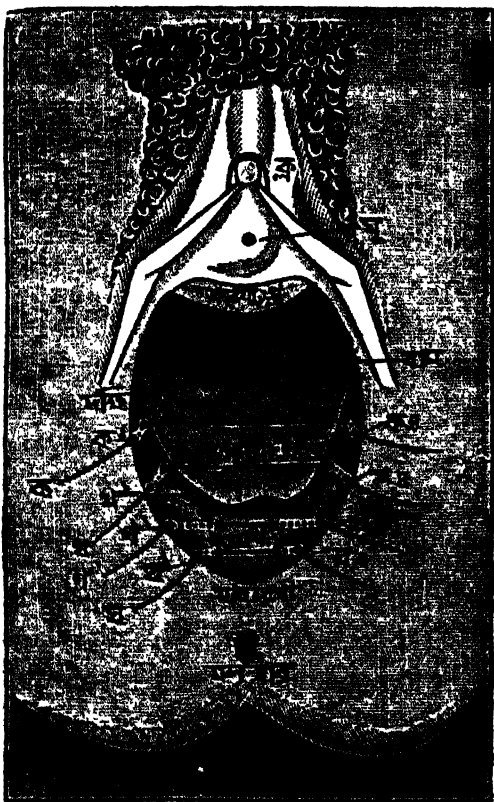
৮৪তম চিত্র। সরলান্ত্র মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া কর্ত্তিত স্থান সটান করিয়া সূচিকা প্রবেশ করানের প্রণালী। হুক দ্বারা ফ্লাপ উঠাইয়া ধরা হইয়াছে।

প্রথম। V আকৃতির অস্ত্রোপচার। ১। কর্ত্তন।—বিটপের মধ্য রেখায়, ত্রিকোণের নিম্নে বক্র কাঁচীর তীক্ষ ফলক বিদ্ধ এবং প্রায় অর্দ্ধ ইঞ্চ পরিমাণ প্রবিষ্ট করাইয়া বিদারের বাহ ঘুরাইয়া দিয়া উভয় পার্শ্বে ঊর্দ্ধাভিমুখে এমত ভাবে কর্ত্তন করিয়া যাইবে যে, কর্ত্তন

ঘোড়ার নাল অর্থাৎ V আকৃতি বিশিষ্ট হয়। ছুরিকা দ্বারাও কর্ত্তন করা যাইতে পারে। কর্ত্তন সময়ে সরলান্ত্র বিদ্ধ না হয় তজ্জন্ত সরলান্ত্র মধ্যে বাম হস্তের তর্জ্জনী ও মধ্যমাঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া সতর্ক থাকিতে হয়। কর্ত্তনের উভয়, অন্ত বাম ও দক্ষিণ পার্শ্বের ত্বকের ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সংযোগ দিয়া উর্দ্ধাভিমুখে আবশ্যকানুসারে বিস্তৃত করিয়া লইবে। সাধারণতঃ লেবিয়ামাইনোরার পশ্চাদংশের অভ্যন্তরাংশে শেষ করিতে হয়।

২। ফ্ল্যাপ প্রস্তুত।—উপর্যুক্ত কর্ত্তন শেষ হইলেই পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি সঙ্কুচিত হইতে আরম্ভ করায় কর্ত্তিত প্রদেশ বিস্তৃত ও তাহা হইতে শোণিত স্রাব হইতে থাকে। কর্ত্তিত প্রদেশ ক্রমে প্রশস্ত হওয়ায় দুই পার্শ্বে দুইটী V আকৃতির কর্ত্তিত ক্ষত প্রকাশ হয়। কর্ত্তিত প্রদেশ আরও বিস্তৃত করিতে ইচ্ছা করিলে যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ফ্ল্যাপ উর্দ্ধাভিমুখে কর্ত্তন করিয়া পৃথক্ করা আবশ্যক। কর্ত্তনমাত্রই উক্ত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির নির্ম্মিত ফ্ল্যাপ সঙ্কুচিত হইয়া ক্ষুদ্র হয়। বৃহৎ ফ্ল্যাপ প্রস্তুত করা অনুচিত; কারণ একাধিক কর্ত্তন কিম্বা কোন বিধান বিনষ্ট অথবা বিচ্ছিন্ন না করাই টেটের উদ্দেশ্য। ঐরূপ করিলে স্থান দুর্ব্বল হয়। সুতরাং কর্ত্তিত ক্ষত বৃহৎ না হয়, তদ্বিষয়ে লক্ষ্য থাকা উচিত।

৩। সূত্র প্রবেশ।—৮৫ তম চিত্র। চারিটী সেলাই করিতে হইলে প্রত্যেকে সমব্যবধানে হয় এমত অনুমান করিয়া প্রথমে কর্ত্তনের বাম পার্শ্বের দিকে, মধ্য রেখা হইতে অল্প বহির্দ্দিকে, ত্বকের কর্ত্তনের কিনারার অল্প অভ্যন্তরাংশে (ঘ৪) সমূহ সূচিকার অগ্র প্রবেশ করাইয়া তাহা অভ্যন্তর ও ঈষৎ উর্দ্ধাভিমুখে চালিত করিয়া মধ্যরেখার অল্প বাম পার্শ্বে (ঘ৩) উত্থিত করিয়া দক্ষিণ পার্শ্বে মধ্যরেখার অল্প বাহুদিকে (ঘ২) পুনর্ব্বার প্রবেশ করাইয়া বাম পার্শ্বের যে স্থানে প্রথমে সূচিকা বিদ্ধ করা হইয়াছিল, দক্ষিণ পার্শ্বের তাহারই অনুরূপ স্থানে (ঘ১) সূচিকার অগ্র বহির্গত করিয়া সিল্ক ওয়ারম গট সংলগ্ন করতঃ যে পথে প্রবেশ করান হইয়াছিল সেই পথে বহির্গত করিয়া লইলে কেবল মধ্যরেখার স্থানে (ঘ৩—২) কিয়দংশ সূত্র ক্ষতোপরি দৃষ্ট হইবে এবং দুই অন্ত ব্যতীত সূত্রের অবশিষ্ট সমস্ত অংশ সংলগ্ন যোনিপ্রাচীরমধ্যে অদৃশ্যাবস্থায় থাকিবে। বামপার্শ্ব দিয়া সূচিকা প্রবেশ এবং মধ্যরেখার বহির্দ্দিকে তাহার অগ্র উত্থিত ও সূত্র সংলগ্ন করিয়া বহির্গত করিয়া পুনর্ব্বার ঐ প্রণালীতে দক্ষিণ পার্শ্ব দিয়া সূচিকা প্রবেশ করাইয়া সূত্রের অপর অগ্র সংলগ্ন করিয়া বহির্গত করিয়া আনা যাইতে পারে।

দ্বিতীয় সূত্র (গ) প্রথম সূত্রের স্থায় প্রবেশ করাইবে। তৃতীয় ও চতুর্থ সূত্র (খ ও ক) এমত ভাবে প্রবেশ করাইবে যে, তাহার মধ্যরেখা স্থিত বহির্গত অংশ

৮৪ তম চিত্র। V আকৃতির অস্ত্রোপচার। সূত্র প্রবেশ প্রণালী। ক্ল—ক্লাইটোরিস। মু—মূত্রনলীর মুখ। অ-যো-প্রা—অগ্র যোনিপ্রাচীর। প-যো-প্রা—পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীর। ক, খ, গ, ঘ চারি খণ্ড প্রবেশিত সূত্র।——রেখা সূত্র বহির্দেশে ও…রেখা সূত্র অভ্যন্তরে—অদৃশ্যাবস্থার নির্দেশক।

পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীর দ্বারা প্রস্তুত ফ্ল্যাপের সম্মুখের সমস্ত অংশে অনুপ্রস্থ (খ৩—২ ও ক ৩—২) ভাবে বহির্গত থাকে। পৃথক্ ভাবে উভয় পার্শ্ব হইতে সূচিকা বিদ্ধ করিয়া সূত্রের প্রত্যেক অন্ত বহির্গত করিয়া আনাই সহজ।

সূচিকা বিদ্ধ করিয়া মলদ্বারমধ্যস্থিত অঙ্গুলীর সাহায্যে সূচিকার অন্ত বহির্গত করা সহজ। পরন্তু মলদ্বারমধ্যে অঙ্গুলী প্রবিষ্ট থাকায় সূচিকা কর্তৃক সরলান্ত্রে ছিদ্র হওয়ার প্রতিবিধান হইতে পারে।

ত্বক্ বা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি মধ্যে সূচিকা বিদ্ধ বা বহির্গত না করিয়া তৎসন্নিকটস্থিত কর্ত্তিত ক্ষত মধ্যে বিদ্ধ এবং বহির্গত করা উচিত। এইরূপে সেলাই করিলে বিটপের মধ্যস্থল দৃঢ় হয়।

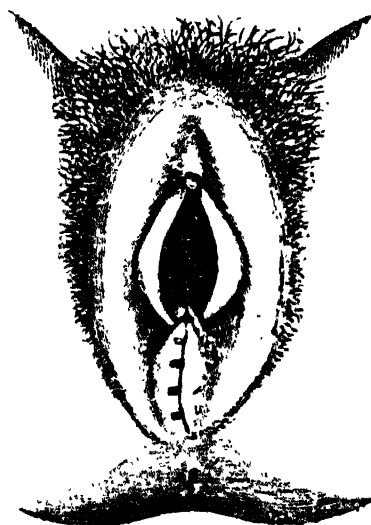
ক্ষতমধ্যে সূত্র প্রবেশ করান হইলে পর সূত্রের প্রত্যেক অন্তে এক একটী ক্যাচ-ফরসেপস্ আবদ্ধ করিয়া ঝুলাইয়া রাখিলে অকস্মাৎ সূত্র বহির্গত হইয়া যাওয়ার আশঙ্কা থাকে না।

৪। সূত্র বন্ধন।—সম্মুখের তিন খণ্ড সূত্রের অন্ত সংলগ্ন ছয়টী ক্যাচ-ফরসেপস্ সহকারীর হস্তে দিয়া মলের উপরে উঠাইয়া ধরিতে বলিয়া অস্ত্রোপচারক স্বয়ং উষ্ণ পচন-নিবারক জল দ্বারা ক্ষত পরিষ্কার ও শোণিতস্রাব রোধ করিবেন।

সকলের পশ্চাতের সূত্রের অন্তে আবদ্ধ (খ) ফরসেপস্ দুইটী ধরিয়া টানিয়া উপযুক্ত ভাবে রাখিয়া ফরসেপস্ খুলিয়া লইবেন। এই সময়ে একজন সহকারী অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী অঙ্গুলীর সাহায্যে ক্ষতের নিম্নদিকের উভয় পার্শ্বের কিনারাদ্বয় চাপিয়া একত্রে প্রায় সম্মিলিত অবস্থায় রাখিবেন। চিকিৎসক সূত্রের উভয় অন্ত দ্বারা গ্রন্থিবন্ধন করিবেন। ইহার উপরের সূত্রটীও এই ভাবে বন্ধন করিতে হয়।

অপর দুইটী সূত্রের গ্রন্থিবন্ধন করার পূর্ব্বে সহকারী রোগিণীর বাম পার্শ্বের ত্বকের কর্ত্তিত কিনারার সহিত (খ৪ এবং ক৪) পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীরের বাম পার্শ্বের কর্ত্তিত কিনারা (খ৩ ও ক৩) দ্বয় পূর্ব্ববর্ণিত প্রণালীতে অঙ্গুলীদ্বারা চাপিয়া একত্র এবং দক্ষিণ পার্শ্বেও (খ ১—২ ও ক ১—২) ঐ প্রণালীতেই একত্রে প্রায় সম্মিলিত করিয়া তৎপর বাম ও দক্ষিণ পার্শ্বের কিনারাদ্বয় পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীরের সম্মুখে মধ্যরেখায় আনিয়া প্রায় সম্মিলিতাবস্থায় স্থাপন করিলে সূত্রে গ্রন্থিবন্ধন করিবেন।

সূত্রে গ্রন্থি বন্ধন করা হইলে মধ্যরেখার ত্বকের কর্ত্তিত কিনারার বাহ্যধারদ্বয় বহিরভিমুখে পরস্পর দূরবর্ত্তী থাকে। সূচিকা ত্বকে

প্রবেশ না করাইয়া কর্ত্তিত কিনারায় অভ্যন্তরে প্রবেশ করানের ফলে এইরূপ অবস্থা এবং পরিণামে বিটপদেশ অধিকতর দৃঢ় হয়।

৮৩ তম চিত্র। সেলাই করার পর বিটপের দৃশ্য। এই চিত্রে যে পরিমাণ ফাঁক দেখাইতেছে, প্রকৃত পক্ষে তদপেক্ষা অধিক ফাক দেখায়।

দ্বিতীয়। H আকৃতির অস্ত্রোপচার।—বিটপদেশ সম্পূর্ণ বিদীর্ণ অর্থাৎ স্ফিঙ্কটার এনাই পেশী বিচ্ছিন্ন হইলে বিদারণ অনুলম্ব ভাবে হয় সত্য কিন্তু ক্ষত শুষ্কের দাগ অনুপ্রস্থ ভাবে হয়। শরীরের অপর কোনও ক্ষতে এইরূপ বিপরীতাবস্থা দৃষ্ট হয় না। বিচ্ছিন্ন পেশীর ক্রমিক আকর্ষণই ইহার কারণ। পেশীর বিচ্ছিন্ন অন্তদ্বয় উভয় পার্শ্বের ত্বক্ ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অভ্যন্তরে যত দূর সম্ভব প্রবেশ করে। তজ্জন্য কর্ত্তন করার পূর্ব্বে অঙ্গুলী দ্বারা সটান করিয়া ক্ষত শুষ্কের চিহ্নের

উভয় পার্শ্ব সতর্ক ভাবে স্থির করা আবশ্যক। অনুপ্রস্থ চিহ্নের উভয় অন্তে অনুলম্ব রেখা দৃষ্ট হওয়ায়

)————(

আকৃতিবিশিষ্ট হয়। অনুপ্রস্থ রেখা সহ অনুলম্ব রেখার সম্মিলন স্থলে গভীর স্তরে বিচ্ছিন্ন পেশীর অন্ত অবস্থিত। সুতরাং তথায় যত দূর সম্ভব কাঁচীর অস্ত্র গভীর ভাবে প্রবেশ করাইতে হয়।

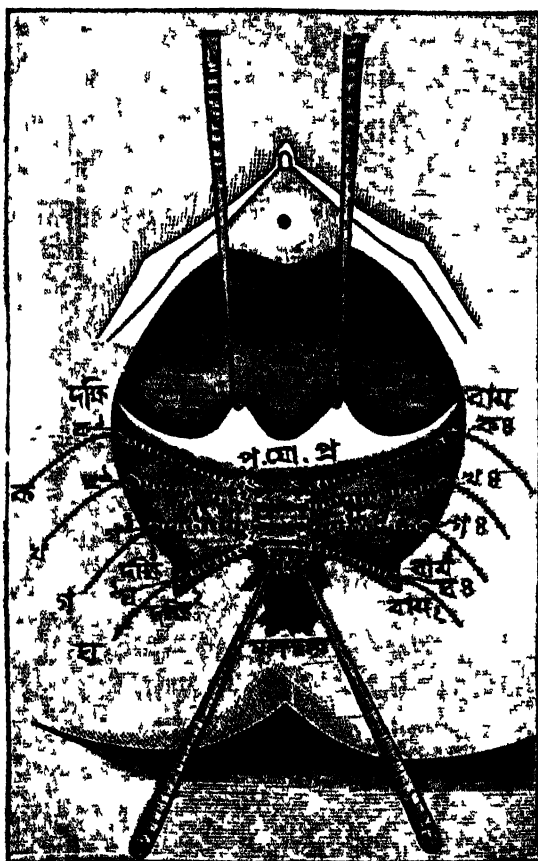
১। কর্ত্তন। ৮৭তম চিত্র।—রোগিণীর বাম পার্শ্বে, কিনারের অন্তে, যে স্থানে অনুলম্ব ও অনুপ্রস্থ রেখা সম্মিলিত হইয়াছে (বাম ১) সেই স্থানে বক্র কাঁচীর তীক্ষ্ণ অস্ত্র অর্দ্ধ ইঞ্চ বা যথাসম্ভব বিদ্ধ করিয়া বাম হস্তের তর্জ্জনী ও মধ্যমাঙ্গুলী সরলান্ত্রমধ্যে প্রবেশ করাইয়া যে অংশে যোনি ও সরলান্ত্রের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি সম্মিলিত ও ক্ষত শুষ্কের দাগ উৎপন্ন হইয়াছে, তাহা সটান করিয়া রাখিবে। উক্ত দাগ অনুসরণ করতঃ দক্ষিণ পার্শ্বের অন্ত পর্য্যন্ত (বাম ১ হইতে দক্ষিণ ১) এক স্তর গভীর করিয়া কর্ত্তন করিয়া যাইবে। পার্শ্বের কর্ত্তনের উভয় অন্ত হইতে যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিসহ ত্বকের সম্মিলন স্থান দিয়া উপর দিকে লেবিয়া মাইনোরার সন্নিকট পর্য্যন্ত প্রথম অস্ত্রোপচারের ন্যায় কর্ত্তন করিবে। যে স্থানে প্রথমে কাঁচীর অস্ত্র বিদ্ধ করা হইয়াছিল (বাম ১) তথা হইতে পশ্চাৎ বাহ্যদিকে আনুমানিক মলদ্বারের পশ্চাদংশের প্রায় সমসূত্র রেখা পর্য্যন্ত (বাম ২) কর্ত্তন করিবে। দক্ষিণ পার্শ্বেও এই ভাবে (দক্ষিণ ১ হইতে দক্ষিণ ২ পর্য্যন্ত) কর্ত্তন করা আবশ্যক।

২। ফ্ল্যাপ প্রস্তুত।—উক্ত কয়েকটী কর্ত্তন শেষ হইলেই পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বিযুক্ত ও সঙ্কুচিত হওয়ায় কর্ত্তিত প্রদেশ W আকৃতি ধারণ করে। উক্ত প্রদেশ আরও দৃঢ় করিতে ইচ্ছা করিলে যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির আরও কিয়দংশ পৃথক্ করিয়া ফ্ল্যাপ প্রস্তুত করা আবশ্যক। কর্ত্তিত ক্ষত কিয়দংশে H আকৃতি প্রাপ্ত না হওয়া পর্য্যন্ত ফ্ল্যাপ বৃহৎ করিতে হয়। পশ্চাৎ বাহ্যদিকে উভয় পার্শ্বে যে কর্ত্তন করা হইয়াছে (বাম ১ হইতে বাম ২ এবং দক্ষিণ ১ হইতে দক্ষিণ ২ পর্য্যন্ত) তাহা পৃথক্ করিলে কর্ত্তিত ক্ষত আরও বৃহৎ হইতে পারে।

৩। সূত্র প্রবেশ।—পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীরের ফ্ল্যাপ (প. যো. প্র.) হুক্‌দ্বারা ধরিয়া উপর দিকে এবং সরলান্ত্রের সম্মুখ প্রাচীরের অগ্রভাগের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির বিযুক্ত কিনারা (স. ক.) দুইটী হুক্ দ্বারা ধরিয়া নিম্নদিকে টানিয়া রাখিবে। এই নিম্নাংশ

সরলান্ত্রের ফ্ল্যাপ বামে উক্ত হয়। বাম হস্তের তর্জ্জনী সরলান্ত্র মধ্যে প্রবেশ করাইয়া কর্ত্তিত প্রদেশের বাম পার্শ্বের নিম্নকোণে কর্ত্তনের কিনারায় অভ্যন্তরপার্শ্বে (ঘ৪)

৮৭ তম চিত্র। নসন টেটের প্রণালীতে H আকৃতির অস্ত্রোপচার। প যো. প্র.—পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীর হইতে ফ্ল্যাপ কর্ত্তন করিয়া হুক দ্বারা উঠাইয়া রাখা হইয়াছে।...রেখা অভ্যন্তরস্থিত অদৃশ্য সূত্র এবং——রেখা বাহ্য সূত্র নির্দ্দেশক। ক, খ, গ, ঘ চারি সূত্র।

পেরিনিওরাফী। ২০৭

মুষ্টিযুক্ত সূচিকার অন্ত প্রবেশ করাইয়া মধ্যরেখার বামপার্শ্বের বহির্দ্দিকে (ঘ ৩) উত্থিত ও সূত্র সংলগ্ন করিয়া যে পথে প্রবেশ করান হইয়াছিল সেই পথেই বহির্গত এবং সূত্র পরিত্যাগ করতঃ পুনর্ব্বার দক্ষিণ পার্শ্বে ও (ঘ ১) ঐ ভাবে প্রবেশ করাইয়া সূত্রের অপর অন্ত (ঘ ২) বহির্গত করিয়া আনিবে। এই প্রণালীতে সমযথাযথবিধে অপর তিন খণ্ড সূত্র (গ. খ. ক.) প্রবেশ করাইবে।

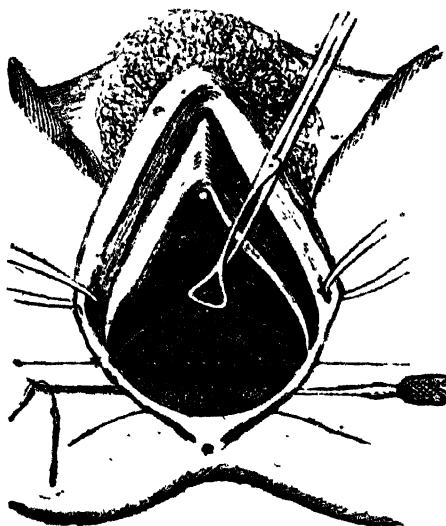
৪। সূত্র বন্ধন।—প্রথম অস্ত্রোপচারের নিয়মেই গ্রন্থি বন্ধন ইত্যাদি করিতে হয়। বিভিন্নতার মধ্যে কেবল দুইটী ফ্ল্যাপ। প্রথম গ্রন্থি বন্ধন সময়ে মলদ্বারের ফ্ল্যাপ (ম. ক.) হুক্ দ্বারা নিম্নাভিমুখে আকর্ষণ করিয়া রাখিতে হয়। বন্ধন শেষ হইলে ফ্ল্যাপ ছাড়িয়া দিতে হয়। এই ফ্ল্যাপ ক্রমে ক্ষুদ্র হইতে ক্ষুদ্রতর হইতে থাকে। পরিশেষে নূতন বিটপ-দেশ সহ সমস্ত অংশ সম্মিলিত হইয়া যায়। পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিদ্বারা প্রস্তুত ফ্ল্যাপ উত্থিতাবস্থায় থাকা অবস্থাতেই সেলাই শেষ করিতে হয় সুতরাং প্রথম অস্ত্রোপচারের ন্যায় সূত্র ফ্ল্যাপের সম্মুখ দিয়া গমন না করিয়া পশ্চাৎ দিয়া গমন করে। বন্ধন শেষ এবং ফ্ল্যাপ হইতে হুক্ বহির্গত করিয়া লইলে উক্ত ফ্ল্যাপ নবগঠিত বিটপদেশের সম্মুখে আসিয়া পড়ে এবং কয়েক দিবস মধ্যেই তৎসহ সম্মিলিত হইয়া যায়।

পরবর্ত্তী চিকিৎসা।—অস্ত্রোপচার শেষ হইলে তথায় আইডো-ফরম বোরাসিক চূর্ণ প্রক্ষেপ, পচন নিবারক গজ ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা আবৃত করিয়া দিবে। লসনটেট কেবল শুষ্কাবস্থায় রাখেন। সুস্থতা-লাভ না করা পর্য্যন্ত উরুদ্বয় একত্রে বন্ধন করিয়া রাখা উচিত।

প্রত্যহ পিচকারী প্রয়োগ করিয়া মলভাণ্ড পরিষ্কার রাখিবে। মল কঠিন না হইতে পারে তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখা আবশ্যক। প্রত্যহ দুইবার কণ্ডিজ লোশন দ্বারা বাহ্য জননেন্দ্রিয় ধৌত করিবে। যোনির ফ্ল্যাপ হইতে শোণিতস্রাব হইলে যোনিতেও পিচকারী দেওয়া আবশ্যক।

উপসর্গ।—ভেজাইন্যাল ফ্ল্যাপ হইতে শোণিতস্রাব। উষ্ণ পচন নিবারক জলের পিচকারী ও যোনিমধ্যে আইওডোফরম গজের সঙ্কাপ দিলেই তাহা নিবারিত হয়।

ত্তর্ক হইলে তদ্দ্বারা সরলান্ত্রের অভ্যন্তরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বিদ্ধ হওয়ার ফলে এই উপসর্গ উপস্থিত হয়। পূয় বহির্গত করিয়া দিয়া বোরাসিক সেক দিবে।

সেলাই করার সময়ে সূচিকা কর্ত্তৃক শিরাবিদ্ধ হইলে তথায় হিমে-টোমা হইতে পারে। এইরূপ ঘটনায় পূয় হওয়ার সম্ভাবনা। অসু-বিধা উপস্থিত হইলে কর্ত্তন করিয়া সঞ্চিত রক্ত বহির্গত করিয়া দিবে।

৮৮ তম চিত্র। বোলেরি কর্ত্তৃক টেটের অস্ত্রোপচারে পরিবর্ত্তিত অর্দ্ধচন্দ্রাকার ফ্ল্যাপ কর্ত্তন করিয়া হুক দ্বারা উঠাইয়া সূচিকা ও সূত্র প্রবেশ প্রণালী।

৩,৪ সপ্তাহ অতীত হইলে সূত্র কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করিবে। যে [illegible] আসন করিয়া অস্ত্রোপচার করা হইয়াছিল, সেই অবস্থায়

ডোলেরিস কল্পোপেরিনিওপ্ল্যাষ্টি (Colpoperineoplastic par glissement by Doleris) ডোলেরিস্ টেটের অস্ত্রোপচারের প্রণালীতে স্তর কর্ত্তন, সোয়েডারের প্রণালীতে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বিযুক্ত এবং ইমেটের প্রণালীতে সেলাই করিয়া এই অস্ত্রোপচার সম্পাদন করেন। জরায়ু আংশিক নিম্নাগত, যোনিমুখ অত্যন্ত প্রশস্ত, যোনিভ্রংশপ্রবণতা এবং বিটপদেশ আংশিক কিম্বা সম্পূর্ণ বিচ্ছিন্নাবস্থায় থাকিলে এই অস্ত্রোপচার দ্বারা সুফল লাভ করা যায়। এই অস্ত্রোপচারের ফলে যোনি-মুখ সংকীর্ণ হয়, বিটপদেশ দৃঢ় ও প্রশস্ত হয় কিন্তু যোনি-প্রণালী সঙ্কুচিত হয় না। পশ্চাৎ কমিশরের কিনারায় ত্বক ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সংযোগ স্থলে অর্দ্ধ বৃত্তাকারে কর্ত্তন করিয়া অঙ্গুলীর সাহায্যে যোনির পশ্চাৎ প্রাচীর হইতে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অর্দ্ধচন্দ্রাকার ফ্ল্যাপ প্রস্তুত করিতে হয়। ফ্ল্যাপের কিয়দংশ কর্ত্তন করিয়া সেলাইয়ের দ্বারা উভয় পার্শ্বের ত্বকের কর্ত্তনের কিনারা ও পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির কিনারা একত্র সম্মিলিত করিতে হয়। ৮৮ তম চিত্রে এই অস্ত্রোপচার বিশদীকৃত হইয়াছে।

বিবর্দ্ধিত গ্রীবাসহ জরায়ু বা যোনির নিম্নাবতরণ (Elongated cervix, complicating Prolapse of the uterus or vagina)—জরায়ু গ্রীবার উভয় বা এক অংশ, বিবর্দ্ধিত ও লম্বিত এবং কখন কখন তৎসহ জরায়ু বা যোনি ভ্রংশতা উপস্থিত হইতে পারে। যোনি মধ্যস্থিত অংশ বিবর্দ্ধিত হইলে জরায়ুর ফণ্ডস প্রায়শঃ স্বাভাবিক স্থানে থাকে, কেবল সম্মুখ ওষ্ঠ দোদুল্যমান দেখা যায়। মুখ স্বাভাবিক স্থান হইতে নিম্নে আইসে না তজ্জন্য শুণ্ডাকৃতি (Tapiroid) দেখায় কিন্তু গ্রীবার ঊর্দ্ধাংশ বর্দ্ধিত হইলে জরায়ু এবং মূত্রাশয় নিম্নে স্থান ভ্রষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। সাধারণতঃ ওষ্ঠদ্বয় উল্টান, গ্রীবারন্ধ্র উন্মুক্ত, এবং গ্রীবার ছিন্নবিচ্ছিন্নতা বর্ত্তমান থাকে।

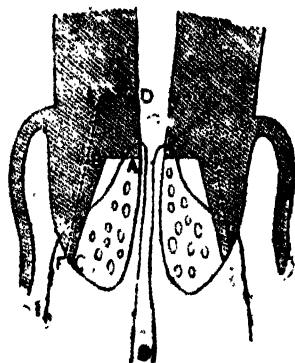
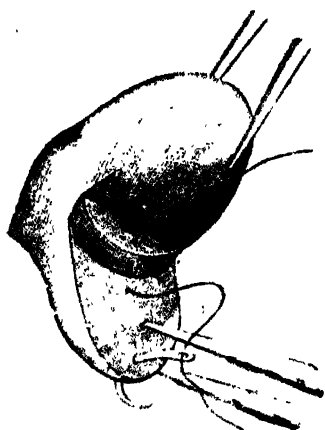
কারণ।—প্রসবান্তে সঙ্কোচনাভাব, প্রসব সময়ে আঘাত, সৌত্রিক অর্ব্বুদ, বস্তিগহ্বরমধ্যস্থিত আবদ্ধতা, জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা এবং কায়িক পরিশ্রম সংশ্লিষ্ট ব্যবসা।

চিকিৎসা।—জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতার যে সমস্ত চিকিৎসা-প্রণালী বর্ণিত হইয়াছে, অবস্থানুসারে তাহাই অবলম্বন করা উচিত। বিবর্দ্ধিত গ্রীবা কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করিলে উপকার হয়।

গ্রীবা উচ্ছেদ (Amputation of the cervix)—অধিক বয়সে অন্য কোন উপায়ে স্বস্থানে আবদ্ধ রাখিতে অকৃতকার্য্য হইলে এই অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য। সিমসের প্রণালীতে এক্রিজার কিম্বা গ্যালভ্যানিক তার অপেক্ষা ছুরিকা দ্বারা কর্ত্তন করাই সুবিধা। কর্ত্তিত স্থান উভয় পার্শ্বস্থিত যোনিবিধান দ্বারা আবৃত করিয়া রৌপ্য তার দ্বারা আবদ্ধ করিলে মধ্যস্থলে কেবল অণ্ডাকৃতির রন্ধ্র বর্ত্তমান থাকে। ক্ষতাঙ্কুর দ্বারা শুষ্ক হইলে উক্ত রন্ধ্র বন্ধ হইয়া যাওয়ায় জরায়ু পুনর্ব্বার বৃহৎ হইতে পারে।

সোয়েডারের (Schroeder) প্রণালীতে গ্রীবা উচ্ছেদ।—আবশ্যকীয় দ্রব্য।—১টী ডকবিল স্পেকুলম, ২টী ভেজাইন্যাল রিট্রাক্টার, ২টী ক্ষুদ্র অথচ বিস্তৃত ফলক বিশিষ্ট বিষ্টিরী, ১ সরল কাঁচী, ১২টী টরসন ফরসেপস্, কয়েকটী দন্তযুক্ত ডিসেকটিং ফরসেপস্, ১ ইরিগেটার, ১ নিডলহোলডার, কয়েকটী বক্র প্রশস্ত সূচিকা, ক্যাটগট ও রৌপ্য তার এবং জল ধরার পাত্র ইত্যাদি।

গ্রীবা আকর্ষণ করিয়া নিম্নে আনয়ন করতঃ একজন সহকারী দৃঢ়ভাবে ধরিয়া রাখিবে। গ্রীবা উভয় পার্শ্বে যোনির ছাদ পর্য্যন্ত বিভক্ত করিয়া দুই খণ্ড করিবে। প্রত্যেক খণ্ড উত্তম রূপে ফাঁক করিয়া ধরিবে। পশ্চাৎ খণ্ডের পার্শ্বের কর্ত্তনের এক কোণ হইতে অপর পার্শ্বের কোণ পর্য্যন্ত এমত একটী খণ্ড কর্ত্তন করিবে যে, তাহার সূক্ষ্ম পার্শ্ব সম্মুখাভিমুখে থাকে। অপর একটী অর্দ্ধবৃত্তাকার কর্ত্তন ওষ্ঠ পরিবেষ্টন

করিয়া এক কোণ হইতে অপর কোণ পর্য্যন্ত বিস্তৃত করিবে। এই কর্ত্তনের গভীরতা এবং বিস্তৃতি গ্রীবার বিবর্দ্ধনের পরিমাণ অনুসারে ভিন্ন ভিন্ন রূপ হইতে পারে। পরিশেষে অনুপ্রস্থ ভাবে ছুরিকা পরিচালিত করিয়া উক্ত উভয় কর্ত্তনের মধ্যস্থিত অংশ কর্ত্তন করিয়া পরিত্যাগ করতঃ চিত্রের প্রদর্শিত প্রণালীতে বক্র সূচিকা গভীর ভাবে প্রবেশ করাইয়া কর্ত্তনের কিনারাদ্বয় সেলাই দ্বারা সম্মিলিত করিয়া দিবে। অপর খণ্ডও এই প্রণালীতে কর্ত্তন এবং বন্ধন করিতে হয়। যোনির এবং জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির কর্ত্তিত পার্শ্বদ্বয়ের উত্তমরূপে সম্মিলনের উদ্দেশ্যে আরও কয়েকটী অল্প গভীর সেলাই দেওয়া আবশ্যক।

৮৯ তম চিত্র। সোরেডারের প্রণালীতে গ্রীবার যোনিস্থিত অংশ কর্ত্তন করিয়া উচ্ছেদ করতঃ মধ্যাংশে সূচিকা প্রবেশ করাইয়া সেলাই করার প্রণালী।

৯০ তম চিত্র। অনুপ্রস্থ ভাবে বিখণ্ড করার; মধ্যস্থিত দৃশ্য। A. B. C কর্ত্তিত প্রদেশ। D. E. F যোনির উর্দ্ধস্থিত গ্রীবা অংশ কর্ত্তন করিতে হইলে যে স্থান দিয়া কর্ত্তন করিতে হয়, তাহার নির্দ্দে-শক। A. F প্রবেশিত সেলাইয়ের সূত্র।

উভয় খণ্ডের সেলাই শেষ হইলে উভয় পার্শ্বের কর্ত্তনের ঊর্দ্ধ অংশের পার্শ্বদ্বয় একত্র সম্মিলিত করিয়া সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিবে। উভয় পার্শ্ব উত্তমরূপে সম্মিলিত হয় এবং উভয় সেলাইয়ের মধ্যস্থলে কোন বিধান বহির্গত হইয়া না থাকে প্রত্যেক সেলাইয়ের সময়েই তাহা লক্ষ্য করা আবশ্যক। এই অস্ত্রোপচারের ফলে জরায়ুর বাহ্য মুখ স্বাভাবিক অপেক্ষা বৃহৎ হয়। সেলাই শেষ হইলে পচন নিবারক জল দ্বারা ধৌত, জরায়ু স্বস্থানে স্থাপন এবং আইডোফরমগজের ট্যাম্পন প্রয়োগ করিলেই অস্ত্রোপচার শেষ হইল।

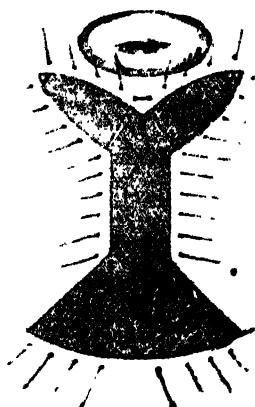
তিন দিবস পর ট্যাম্পন বহির্গত ও পচননিবারক জল দ্বারা ধৌত এবং পুনর্ব্বার ট্যাম্পন প্রয়োগ করিবে। অন্ততঃ এক পক্ষ কাল শয্যাগত রাখিয়া দুই বেলা এই প্রণালীতে ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। সেলাইয়ের সূত্র আপনা হইতে বহির্গত হইয়া যায়।

এই অস্ত্রোপচারে প্রত্যেক ওষ্ঠে এক এক ফ্ল্যাপ প্রস্তুত হয়। সিমোনের প্রণালীতে প্রত্যেক ওষ্ঠ হইতে চূড়াকৃতির (conical) অংশ কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করায় প্রত্যেক ওষ্ঠে দুইটী ফ্ল্যাপ প্রস্তুত হয়। এইরূপ আরও বহুবিধ প্রণালীতে গ্রীবা উচ্ছেদ করা যাইতে পারে।

যোনিভ্রংশের (Vaginal Prolapse) অস্ত্রোপচার।— সরলান্ত্র ও মূত্রাশয় সহ যোনি-প্রাচীর যোনিমুখের সন্নিকটে বা বহির্দ্দেশে, পশ্চাৎ কিম্বা সম্মুখাংশে, বহিরুন্মুখ, কোমল স্ফীতবৎ অবস্থায় উপস্থিত হয়। সম্মুখ প্রাচীরের এইরূপ স্থানভ্রষ্টতা সিষ্টোসিল এবং পশ্চাৎ প্রাচীরের হইলে রেক্টোসিল নামে অভিহিত হয়। সিষ্টোসিল হইলে মূত্রনালীর অবস্থান এবং গতি পরিবর্ত্তিত হইয়া থাকে। সরলান্ত্র মধ্যে অঙ্গুলী এবং মূত্রাশয় মধ্যে ক্যাথিটার প্রবেশ করাইয়া প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করিতে হয়। এক হস্তের অঙ্গুলী যোনিমধ্যে প্রবেশ করান কর্ত্তব্য।

কল্পোরাফী বা ইলিট্রোরাফী (Colporraphy or Elytro-

rraphy) অর্থাৎ যোনি সংকীর্ণ অস্ত্রোপচার।—যোনির সম্মুখ বা পশ্চাৎ কিম্বা উভয় প্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির কিয়দংশ কর্ত্তন করতঃ দূরীভূত ও কর্ত্তিত প্রদেশের গভীর স্তর মধ্যদিয়া সূত্র প্রবেশ করাইয়া কর্ত্তনের কিনারা সমূহ পরস্পর একত্রে সম্মিলিত এবং সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিয়া দিতে হয়। ত্রিকোণ, অণ্ডাকৃতি, শাখাবিশিষ্ট, কিম্বা অন্য এরূপ আকৃতির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অংশ কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করিবে যে, যোনি সঙ্কোচনের সুবিধা হয়। ছুরি কিম্বা কাঁচী দ্বারা কর্ত্তন করা যাইতে পারে। সিল্ক ওয়ারমগট দ্বারা সেলাই করা উচিত। শোণিতস্রাব হইতে থাকিলে উষ্ণ জল ধারা প্রয়োগ করিলে তাহা বন্ধ হয়।

কল্পোপেরিনিওরাফী (Colpoperineorraphy)।—ছিন্ন বিচ্ছিন্ন কিম্বা দুর্ব্বল বিটপদেশ সহ রেক্টোসিল অর্থাৎ যোনির পশ্চাৎ প্রাচীর নিম্নাভিমুখে আসিলে এই অস্ত্রোপচারে উপকার হয়। কি প্রণালীতে পশ্চাৎ যোনি প্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি কর্ত্তন

৯১ তম চিত্র।—হিরের প্রণালীতে রেক্টোসিলের কল্পোপেরিনিওরাফী অস্ত্রোপচারে কর্ত্তন এবং সূত্র প্রবেশন প্রণালী।

করিয়া দূরীভূত করতঃ কর্ত্তিত প্রদেশের অভ্যন্তরে সূত্র প্রবেশ করাইয়া সেলাই করিতে হয়, তাহা ৯১তম চিত্রে প্রদর্শিত হইল।

সম্পূর্ণ বহির্গত জরায়ু উচ্ছেদ।—রোগিণী উপযুক্ত বয়স্কা, ও সমস্ত চিকিৎসা-প্রণালী বিফল হইলে, হৃৎপিণ্ড ও ফুসফুস প্রভৃতি কোন বিশেষ যন্ত্রের পীড়া না থাকিলে এবং মৃত্যুর আশঙ্কা অপেক্ষা রোগের যন্ত্রণা অধিক বিবেচনা করিলে সম্পূর্ণ জরায়ু উচ্ছেদ ও কল্পোরাফী অস্ত্রোপচার করা যাইতে পারে।

কল্পোরাফী, এপিসিওরাফী, হিষ্টেরোরাফী প্রভৃতি জননেন্দ্রিয়ের বিবিধ অস্ত্রোপচার সম্পাদন জন্ত যতদূর সম্ভব নিম্নলিখিত প্রণালী অবলম্বন করা কর্ত্তব্য।

রোগিণীকে গুরুতর অস্ত্রোপচার সম্পাদন প্রণালীতে প্রস্তুত করা আবশ্যক। অস্ত্রোপচারের দুই দিবস পূর্ব্বে এবং আবশ্যক হইলে অস্ত্রোপচারের পূর্ব্ব দ্বিতীয় রজনীতে পুনর্ব্বার বিরেচক ঔষধ সেবন, কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে প্রত্যহ যোনিমধ্যে তিন বার পচননিবারক জলধারা প্রয়োগ এবং পচননিবারক পুঁটলী সংস্থাপন, অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বের দিবস অপরাহ্নে এবং অস্ত্রোপচারের এক ঘণ্টা পূর্ব্বে সাধারণ এনিমা, শেষ পিচকারীর কার্য্য হইলে রোগিণীকে উষ্ণ জলে সাবান ইত্যাদি দ্বারা উত্তমরূপে স্নান ও গাত্র মার্জ্জন, স্নানান্তে বিশুদ্ধ পরিষ্কার বস্ত্র পরিধান, পরিষ্কার নূতন শয্যায় শয়ান এবং বিশুদ্ধ বস্ত্রাদি ব্যবহার করাইবে। বর্ত্তমান সময়ে এদেশে পবিত্রতা—পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা—পচনোৎপাদক পদার্থবিহীনতার প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখিয়া অস্ত্রোপচার সম্পাদন কর্ত্তব্য।

দশম অধ্যায়।

জরায়ু উল্টান।

(Inversion of the uterus

ইন্‌ভারশন্‌ অব্‌ দি ইউটিরাস।)

জরায়ুর ফণ্ডস্‌ জরায়ু গহ্বরের অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হইয়া নিম্নাভিমুখে আসিলে তাহা জরায়ু উল্টান অর্থাৎ ইন্‌ভার্সন অব্‌ দি ইউটিরাস নামে অভিহিত হয়। সম্পূর্ণ উল্টান অবস্থায় জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদেশ বাহ্য এবং বাহ্য প্রদেশ অভ্যন্তরে অবস্থিত হয়। ইহা সম্পূর্ণ বা অসম্পূর্ণ এবং তরুণ বা পুরাতন হইতে পারে।

অসম্পূর্ণ উল্টানের দুই অবস্থা—১ম, কেবল ফণ্ডস্‌ অবনত (Depression) হইয়া পড়ে। ২য়, ফণ্ডস্‌ জরায়ুগহ্বরে প্রবিষ্ট (introversion) হয়। ইহার পরের অবস্থায় জরায়ু সম্পূর্ণ উল্টাইয়া যায়। অর্থাৎ অভ্যন্তর প্রদেশ বাহ্য ও বাহ্য প্রদেশ অভ্যন্তর এবং ফণ্ডস্‌ নিম্নে ও জরায়ুমুখ ঊর্দ্ধে অবস্থিত হয়।

সদ্যঃ উল্টান অবস্থা কেবল প্রসব সময়ে এবং তাহাও কদাচিৎ হইয়া থাকে।

জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ উল্টিয়া জরায়ুগহ্বরে প্রবিষ্ট হইলে তাহা ক্রুণের অংশ, হস্ত প্রভৃতির ন্যায় বাহ্য বস্তুবৎ অবস্থিত হওয়ায় পার্শ্বস্থিত পৈশিক তন্তু সমূহ অনিয়মিত ভাবে আকুঞ্চিত হইয়া উহা বহির্গত করিয়া দিতে যত্ন করায় জরায়ু ক্রমে সম্পূর্ণ উল্টান অবস্থায় যোনি মধ্যে অবস্থিত হয়।

কারণ।—প্রসব, অর্ব্বুদ, পলিপস, আবদ্ধ ফুল, ও শোণিতস্রাব প্রভৃতি ঘটনায় জরায়ুর দুর্ব্বল অবস্থায় আঘাত, উপর হইতে সঞ্চাপ এবং কাশী প্রভৃতিতে প্রথমে আংশিক এবং ক্রমে সম্পূর্ণ উল্টান অবস্থা উপস্থিত হয়। হস্তমৈথুন প্রভৃতি ঘটনায় জরায়ুর দুর্ব্বলতা উপস্থিত হইলেও অসম্পূর্ণ উল্টান অবস্থা হইতে পারে। ফুল বহির্গত করার জন্ত নাড়ী টান দেওয়ায় জরায়ু উল্টাইতে দেখা গিয়াছে।

লক্ষণ।—যোনিগহ্বরে একটী অর্ব্বুদবৎ পদার্থ, মধ্যে মধ্যে কিম্বা নিয়তঃ শোণিতস্রাব, বস্তিগহ্বরে বিশেষ প্রকৃতির বেদনা—গমনাগমনে বেদনার আধিক্য, মল ও মূত্রাশয়ের কষ্ট, শোণিতস্রাব জন্য শোণিত হীনতা এবং ব্যাপক দুর্ব্বলতা।

নির্ণয়।—(১) সম্পূর্ণ উল্টাইলে যোনি মধ্যে কোমল, শোণিত স্রাব প্রবণ, চৈতন্যাধিক্য বিশিষ্ট অর্ব্বুদ। (২) বস্তিগহ্বরে জরায়ুর অভাব। (৩) স্বাভাবিক জরায়ু-মুখ না থাকা এবং শলাকা প্রবেশ না করা। (৪) জরায়ুর উর্দ্ধাংশে গ্রীবা নির্ণয়। সৌত্রিক অর্ব্বুদ সহ সন্দেহ হইলে মল ও মূত্রাশয় পথে পরীক্ষা করিয়া অবয়ব প্রভৃতি এবং জরায়ু স্বস্থানে আছে কি না, তাহা স্থির করা আবশ্যক। অসম্পূর্ণ উল্টানে নির্দ্দিষ্ট স্থানে ফণ্ডস অনুভব করা যায় না। সাউণ্ড নির্দ্দিষ্ট পরিমাণ প্রবেশ করে না। কিন্তু সৌত্রিক অর্ব্বুদে জরায়ু বৃহৎ হয় এবং সাউণ্ড স্বাভাবিক অপেক্ষা অধিক প্রবিষ্ট হয়। কোন বেদনা থাকে না। ইতিবৃত্ত জিজ্ঞাসা করিলে নিঃসন্দেহ হওয়া যাইতে পারে। সৌত্রিক অর্ব্বুদ অতি ধীরে বর্দ্ধিত হয়, তৎসহ প্রসবের কোন সম্বন্ধ হয় নাই। জরায়ুর চৈতন্যও অধিক হয় না।

চিকিৎসা।—(১) উপশম। (২) সঞ্চাপ ও কর কৌশল এবং (৩) কর্ত্তন, এই তিন প্রণালীতে চিকিৎসা করা হয়।

উপশম।—ফিটকিরি, ট্যানিন, পারক্লোরাইড অব্ আয়রণ

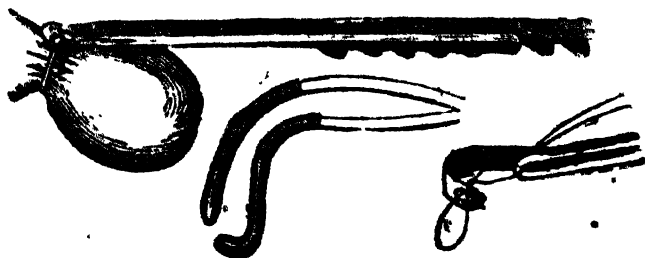
ও হেমিমেলিস প্রভৃতি সঙ্কোচক ঔষধ প্রয়োগ। প্রত্যহ উষ্ণ জলের পিচকারী। আভ্যন্তরিক আর্গট ও স্থানিক পেকুলিনের কটারী প্রয়োগ করা হয়।

করকৌশল।—উল্টান অবস্থায় অধিক দিবস অতীত হইয়া থাকিলে মলম বা সপোজিটরীরূপে কোকেন প্রয়োগ ও হাইড্রোস্টেটিক ব্যাগ দ্বারা যোনি প্রসারিত করিয়া গ্রীবার বলয়াকৃতির অংশে অল্প গভীর ভাবে ২।৩টী কর্ত্তন করিয়া চিত্র প্রদর্শিত প্রণালীতে স্বাভাবিক অবস্থায় স্থাপন করিতে হয়। এই অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে মল ও মূত্রাশয় পরিষ্কার করিয়া ক্লোরফরম দ্বারা অজ্ঞান করা আবশ্যক। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে অস্ত্রোপচারকের নখ কাটিয়া হস্ত পচননিবারক তৈল মণ্ডিত করিবে। অতি সাবধানে, বল প্রয়োগ না করিয়া ধীরে ধীরে স্বাভাবিক অবস্থায় স্থাপন করিতে যত্ন করিবে। বল প্রয়োগ করিলে বিপদ হওয়ার সম্ভাবনা। ভিন্ন ভিন্ন প্রণালীতে এবং নানাবিধ স্থিতিস্থাপক যন্ত্রের সাহায্যেও জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় আনা যাইতে পারে।

১২৩তম চিত্র। কর কৌশলে উল্টান জরায়ুকে স্বাভাবিক অবস্থায় পরিণত করার প্রণালী।

উচ্ছেদ অস্ত্রোপচার (Amputation)।—রোগের যন্ত্রণা

অসহ্য এবং অন্য উপায়ে উপশম করিতে অকৃতকার্য্য হইলে তৎপর এই অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য। পূর্ব্বে কাঁচী, এক্রেজার, গ্যাল-ভ্যানোকটারী প্রভৃতি দ্বারা অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইত। এক্ষণে পেরিয়ার (Perier) প্রণালীতে স্থিতিস্থাপক তার দ্বারা অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হয়।

বিশেষ প্রকৃতির রবার পরিবেষ্টিত বক্র ফরসেপস্ দ্বারা যত দূর সম্ভব ঊর্দ্ধে পরিবেষ্টন করিয়া আকর্ষণ করতঃ নিম্নে আনয়ন পূর্ব্বক অসম্পূর্ণ উল্টান থাকিলে তাহা সম্পূর্ণ করিবে। যে স্থানে ফরসেপস্ আবদ্ধ, সেই স্থানের ঊর্দ্ধে বা নিম্নের চতুর্দ্দিকে দৃঢ় রেসমের সূত্র দ্বারা পরিবেষ্টন করিয়া সূত্রের উভয় অন্ত অংকছিদ্র ও মুষ্টিতে খাঁচযুক্ত হুকের ছিদ্র মধ্য দিয়া বহির্গত এবং যত দূর সম্ভব কষিয়া বন্ধন করিবে। এই সময় হুকের অন্ত জরায়ুর সহিত সংলিপ্ত থাকা আবশ্যক। সূত্রের অন্তদ্বয়ের মধ্যে একটী উপযুক্ত রবারের বলয় সংস্থাপন করিয়া সূত্রে আরও তিনটী দৃঢ় গ্রন্থি প্রদান করিবে। বলয়ের গ্রন্থিতে আবদ্ধ অংশের বিপরীত পার্শ্ব যত দূর সম্ভব আকর্ষণ করিয়া হুকের কোন খাঁচ মধ্যে আবদ্ধ করিয়া জরায়ু যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইয়া দিলে হুকের মুষ্টি বহির্দ্দেশে থাকিবে। প্রত্যহ পচননিবারক জলের পিচকারী এবং কয়েক দিবস পর বলয় আকর্ষণ করিয়া আরও নিম্নের খাঁচে আবদ্ধ করিবে। ৯—২১ দিবস মধ্যে জরায়ু কর্ত্তিত হইয়া বহির্গত হয়। অত্যন্ত বেদনা হইলে মর্ফিয়া প্রয়োগ করিবে।

৯৩তম চিত্র। পেরিয়ার প্রণালীতে জরায়ু উচ্ছেদ অস্ত্রোপচার। গ্রীবায় সূত্র বন্ধন করিয়া রবারের বলয়টী খাঁচ মধ্যে আবদ্ধ করা হইয়াছে। ফরসেপস্ এবং সূত্র সম্বলিত হুক স্বতন্ত্রও নিম্নে চিত্রিত রহিয়াছে।

একাদশ অধ্যায়।

জরায়ুর বৈধানিক তরুণ ও পুরাতন প্রদাহ।

(Inflammation of the uterine tissue —acute and chronic)

শ্রেণী বিভাগ—

রক্তাবেগ।—ধামনিক এবং শৈরিক।

তরুণপ্রদাহ—জরায়ুর দেহ ও গ্রীবার এবং অভ্যন্তর ঝিল্লির তরুণ প্রদাহ। প্রমেহদূষিত প্রদাহ।

পুরাতন প্রদাহ—

(ক) জরায়ু দেহ ও গ্রীবার এবং অভ্যন্তর ঝিল্লির পুরাতন প্রদাহ।

(খ) জরায়ুর বৈধানিক পুরাতন শোণিত সঞ্চয়।

(গ) অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন।

(ঘ) গ্রীবার সন্ধি প্রকৃতির প্রদাহ।

(ঙ) গ্রীবার অঙ্কুরবৎ অপকৃষ্টতা।

উল্লিখিত শ্রেণী বিভাগ সর্ব্বাপেক্ষা সরল।

বিভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট আণুবীক্ষণিক রোগ জীবাণুই প্রদাহের সাধারণ কারণ মধ্যে পরিগণিত। জরায়ু সংশ্লিষ্ট প্রদাহের প্রধান কারণ মধ্যে সাধারণতঃ—

১। সূতিকা-সংশ্লিষ্ট দূষিত (Puerperal septic processes.) রোগজীবাণু সংস্রবে উৎপন্ন প্রদাহ। পূয়শ্লেষ্মাস্রাবেও রোগজীবাণু বর্ত্তমান থাকে। প্রসব সময়ে আঘাতজনিত ক্ষত পথে উক্ত দূষিত পদার্থ প্রবেশ করায় প্রদাহ উৎপন্ন হয়।

২। প্রমেহ পীড়ার (Gonorrhœal Inflammation) রোগ জীবাণুর সংস্রবে প্রদাহ উৎপন্ন হয়।

৩। টিউবারকিউলার প্রদাহ বিশেষ প্রকৃতির রোগ জীবাণুর সংস্রবে উৎপন্ন হয়। শরীরের অন্য স্থানে টিউবারকেল সঞ্চিত থাকিলে আর্ত্তব স্রাব রোধ হয়। জরায়ু প্রভৃতিতে টিউবারকেল উৎপন্ন হওয়া অতি বিরল ঘটনা।

৪। উপদংশ পীড়ার জন্য অভিজাত পদার্থ উৎপন্ন, দূষিত পদার্থ সঞ্চয় এবং জরায়ুবিধানের ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অপকর্ষ হওয়ায় প্রদাহ উৎপন্ন হয়।

জরায়ুর আভ্যন্তরিক—বিশেষতঃ গ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে স্বাভাবিক অবস্থায় বিস্তর আণুবীক্ষণিক জীবাণু বর্ত্তমান থাকে, প্রদাহাবস্থায় উক্ত জীবাণুর সংখ্যা অত্যন্ত বৃদ্ধি হয়। স্খলিত বাহ্যস্তরকোষেও উক্ত জীবাণু বর্ত্তমান থাকে। পুরাতন প্রদাহজ স্রাব মধ্যে বিস্তর সংক্রামক রোগজীবাণু দেখিতে পাওয়া যায়। সাধারণতঃ প্রমেহজ পুরাতন প্রদাহে বিবর্দ্ধিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি ও সৌত্রিক বিধানের অভ্যন্তরে উক্ত জীবাণু বর্দ্ধিত সংখ্যায় অবস্থিতি করে।

জরায়ুর গহ্বরে আণুবীক্ষণিক জীবাণু অবস্থিতি করে সত্য কিন্তু স্বাভাবিক স্রাবে তাহাদিগের বংশ বৃদ্ধি হয় না। পরন্তু শোণিতবাহিকা হইতে দূরে থাকে। সুতরাং পীড়া উপস্থিত হয় না। ব্যাপক বা স্থানিক কারণ বশতঃ স্বভাবের বিপর্য্যয় উপস্থিত হইলেই জীবাণুর সংখ্যা দ্রুত বর্দ্ধিত এবং রাসায়নিক উত্তেজক বিষাক্ত পদার্থ—টোমেন (Ptomaine) উৎপন্ন হওয়ায় প্রদাহ উপস্থিত হয়। জীবাণু সমূহ ক্রমে ক্রমে গভীর স্তরে প্রবেশ করিতে থাকে।

রক্তাবেগ (Hyperæmia হাইপারেমিয়া)।—জরায়ুতে ইরেক্টাইল বিধানের বিদ্যমানতা, শোণিতবাহিকার বিশেষ প্রকৃতি, আর্ত্তব

স্রাব, সঙ্গমজনিত উত্তেজনা, অণ্ডাশয়ের উত্তেজনা, পীড়াজনিত বর্দ্ধন, স্থানভ্রষ্টতা, সন্নিকটস্থিত বিধানের এবং প্রত্যাবর্ত্তক বিবিধ কারণে বিভিন্ন পরিমাণ শোণিত সঞ্চালিত হয়। শোণিত সঞ্চালনের সমতা রক্ষিত না হওয়ায় সামান্য শৈত্য সংলগ্নে কিম্বা সাউণ্ড ইত্যাদি প্রবেশ করাইলে জরায়ুতে প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে।

লক্ষণ।—শোণিতপূর্ণ ঈষৎ স্ফীত জরায়ুতে চৈতন্যাধিক্য ও স্বাভাবিক আর্ত্তবস্রাবের পরিমাণ অধিক—কখন কখন ঋতু বেদনাযুক্ত ও অনিয়মিত, বস্তিগহ্বরে ও কটিদেশে বেদনা হওয়ায় দণ্ডায়মানে ও গমনাগমনে কষ্ট, এবং পরিপাককৃচ্ছ্রতা ইত্যাদি লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। আজন্মবিকৃতাবস্থা, সংকীর্ণ জরায়ুগ্রীবা, স্থানভ্রষ্টতা, কিম্বা সৌত্রিক অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা। হৃৎপিণ্ড বা মূত্রযন্ত্র ইত্যাদির পীড়াও বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

চিকিৎসা।—শান্ত সুস্থির অবস্থায় অবস্থান, সঙ্গম পরিবর্জ্জন, বায়ু পরিবর্ত্তন, উষ্ণ জলের ডুস, স্থানিক রক্তমোক্ষণ; ঝরণার জল পান, ব্রোমাইড্ অফ্ পটাশ ও এমনিয়া সহ আর্গটিন্, লুপলিন, কুইনাইন প্রভৃতি; শতকরা পাঁচ অংশ গ্লিসিরিণ এক্থাইওল ট্যাম্পন, এক্ষ্ট্রাক্ট হাইড্রাস্টিস্ ক্যানাডিন্সিসের বাহ্য এবং অভ্যন্তরিক প্রয়োগ, আইওডিনলোশনের পিচকারী এবং বিরেচক ঔষধ উপকারী।

শৈরিক রক্তাবেগ (Passive hypcræmia—প্যাসিভ হাইপারেমিয়া)।—রক্তাবেগের প্রথমাবস্থায় বিনা চিকিৎসায় অতীত হইলেই জরায়ু বিধানে শৈরিক রক্তসঞ্চয় ও তাহার বিবৃদ্ধি উপস্থিত হয়। তরুণ রক্তাবেগের চিকিৎসা-প্রণালী অবলম্বন করা উচিত।

জরায়ু ও তাহার অভ্যন্তর ঝিল্লির তরুণ প্রদাহ।

(Acute metritis and endometritis)

বাহ্যস্থিত পেরিটোনিয়ম এবং অভ্যন্তর স্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি এই

উভয়ের মধ্যস্থিত জরায়ু বিধানের প্রদাহ হইলে মিট্রাইটিস অর্থাৎ জরায়ুপ্রদাহ এবং কেবল অভ্যন্তরস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহ এণ্ডোমিট্রাইটিস অর্থাৎ জরায়ুর অভ্যন্তর প্রদাহ নামে উক্ত হয়। পরন্তু জরায়ু গ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহ হইলে সারভাইকেল এণ্ডোমিট্রাইটিস্ ও এণ্ডোসারভাইসিটিস (Cervical Endometritis and Endocervicitis) এবং জরায়ুর দেহের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহ হইলে কর্পোরিয়াল এণ্ডোমিট্রাইটিস (Corporeal Endometritis) বলা হয়। শ্রেণী বিভাগের সুবিধার্থে বৈধানিক প্রভৃতি অনুযায়ী এইরূপ বর্ণনা করা হইল সত্য, কিন্তু প্রকৃত পক্ষে জরায়ুর শ্লৈষ্মিক এবং সৈহিক ঝিল্লির প্রদাহ সহ জরায়ু বিধানের প্রদাহের পার্থক্য নির্ণীত করা অত্যন্ত কঠিন। প্রায়শঃ প্রথমে অভ্যন্তরস্থিত ঝিল্লির প্রদাহ আরম্ভ হইয়া পৈশিক ও কৌষিক বিধানে বিস্তৃত হইয়া থাকে। আবার কখন বা প্রথমে পেরিটোনিয়ম আক্রান্ত হয়।

কারণ।—ক্ষত, আঘাত, অপায়, গুরুতর ধাক্কা, অস্ত্রোপচার, আর্ত্তব স্রাব সময়ে শৈত্য সংলগ্ন, প্রমেহ পীড়ার সংক্রমণ, পচনোৎপাদক দূষিত পদার্থের সংক্রমণ, জরায়ুগহ্বরে ঔষধ প্রয়োগ, ষ্টেম পেশারী ও সাউণ্ড প্রভৃতির প্রবেশ, সূতিকা-সংশ্লিষ্ট পদার্থ আবদ্ধ, বিশেষ জ্বর, অভিজাত বর্দ্ধন, যোনিপ্রদাহ, এবং অন্য স্থানের প্রদাহ বিস্তার।

লক্ষণ।—কম্প জ্বর, উদরের নিম্নাংশে বেদনা, ও টনটনানী, যোনি মধ্যে ভারবোধ, চৈতন্যাধিক্য, উষ্ণতানুভব, যোনির স্রাবাভাব, জরায়ুর অভ্যন্তর হইতে চট্‌চটে স্রাব বহির্গমন, স্রাব ক্রমে পূয়বৎ প্রকৃতিতে পরিবর্ত্তিত হওয়া; এই স্রাব তীব্র, এবং যোনি ও ভগে উত্তেজনা উপস্থিত করে। অঙ্গুলী পরীক্ষায় জরায়ুর চৈতন্যাধিক্য ও বৃহৎ অনুমিত হয়। জরায়ু মুখ বিকাশোন্মুখ অবস্থাপন্ন। স্পেকুলম দ্বারা

পরীক্ষা করিলে উক্ত মুখ স্ফীত, শোণ্ডযুক্ত ও বিশেষ প্রকৃতির স্রাবদ্বারা আবদ্ধ থাকিতে দেখা যায়।

দূষিত প্রদাহ (Septic metritis সেপ্টিক মিট্রাইটিস্)।—প্রথমে জরের লক্ষণ ও বস্তিগহ্বরে প্রবল বেদনা সহ অন্ত্রাবরক ঝিল্লি আক্রান্ত হওয়ার লক্ষণ উপস্থিত হয়। তৎসহ অল্প পূর্ব্বের দূষিত পদার্থ সংক্রমণ বা অস্ত্রোপচার প্রভৃতির ইতিবৃত্ত বর্ত্তমান থাকে। ব্যাপক কিম্বা কেবল বস্তিগহ্বরের অন্ত্রাবরক ঝিল্লি প্রদাহিত হওয়ায় জরায়ুর সঞ্চালনশীলতা হ্রাস, উদরগহ্বরে টনটনানী, এবং উদরাধ্মান ইত্যাদি লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। জরায়ু প্রদাহিত হইলে ক্রমে তৎসন্নিকটস্থিত বিধানও আক্রান্ত হয়।

নির্ণয়।—অঙ্গুলী ও উভয় হস্তের পরীক্ষা দ্বারা রোগ নির্ণীত হয়, জরায়ুর দেহ বৃহৎ ও অধিক চৈতন্ত বিশিষ্ট,যোনি উষ্ণ ও স্ফীত, সামান্ত প্রদাহে স্রাব অস্বচ্ছ ও শুভ্র, কিন্তু প্রবল প্রদাহে অস্বচ্ছ ও পীতবর্ণ বিশিষ্ট হয়। ইতিবৃত্ত। সাউণ্ড প্রবেশ করাইলে অত্যন্ত বেদনা এবং শোণিত স্রাব হয়। প্রবল প্রদাহে সাউণ্ড প্রবেশ করান বিপজ্জনক।

ভাবিফল।—পীড়ার পরিণাম সম্বন্ধে সাবধানে মন্তব্য প্রকাশ করা কর্ত্তব্য। কারণ, প্রদাহ বিস্তৃত হইয়া পরিণামে স্ফোটক, পেরিটোনাইটিস্, কিম্বা শোণিত দূষিত হইলে অল্প কয়েক দিবস মধ্যে মৃত্যু হওয়া আশ্চর্য্য নহে। পরন্তু প্রদাহ সীমাবদ্ধ থাকিয়া উপযুক্ত চিকিৎসায় অল্প সময় মধ্যে আরোগ্য কিম্বা পুরাতন ভাবাপন্ন হওয়ায় জরায়ু অপেক্ষাকৃত বৃহৎ হইতে পারে। জরায়ু-স্ফোটক নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন।

চিকিৎসা। স্থানিক।—প্রবল দূষিত প্রদাহে কেহ কেহ উদরের নিম্নাংশে ৫।৬টী জলৌকা প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন। উষ্ণ স্পঞ্জিওপাইলাইনাতে লডেনম ও বেলাডোনা মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ উপকারী, বস্ত্রাবৃত তিসির পুলটিস, উদরাধ্মান থাকিলে তারপিন সহ লডেনম

মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা হয়। মর্ফিয়া ও বেলাডোনার সার সহ শত-করা পাঁচ অংশের ওলিয়েট অফ্ মার্কারীর মলম বস্ত্রখণ্ডে মণ্ডিত করিয়া তলপেটে স্থাপন করতঃ তদুপরি উষ্ণ আর্দ্র বস্ত্র বা ফ্লানেল-পাইলাইনা দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিলেও উপকার হয়। লিটারের (leiter) টেম্পারেচার কইল প্রয়োগ উপকারী। যোনি মধ্যে পার-ক্লোরাইড্ অফ্ মার্কারী (১—৫০০০) লোশনের ১০০—১১০ ডিগ্রী উষ্ণ ডুস্ কয়েক ঘণ্টা পর পর প্রয়োগ করিলে উপকার হয়।

পেজেট ও ডলেরিস প্রভৃতি অনেক চিকিৎসকের মতেই জরায়ুগ্রীবা প্রসারিত করিয়া জরায়ুগহ্বর চাঁছিয়া পচন নিবারক জলধারা প্রয়োগ করিলেও উপকার হইতে পারে। ইহাতে রক্তাবেগ হ্রাস, স্রাব সহজে বহির্গত ও পচন নিবারিত এবং দূষিত পদার্থের শোষণ ও বিস্তার বন্ধ হয়। জরায়ুগহ্বরের পীড়িত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি পচননিবারক প্রণালীতে চাঁছিয়া দূরীভূত করিলে ৮ হইতে ১০ সপ্তাহ মধ্যে তথায় নূতন শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি উৎপন্ন হয়। এই নব জাত ঝিল্লি প্রায় স্বাভাবিক প্রকৃতি বিশিষ্ট, কিন্তু দাহক ঔষধ প্রয়োগের পর যে অভিনব ঝিল্লি উৎপন্ন হয় তাহাতে গ্রন্থির অভাব, সংযোগ তন্তুর আধিক্য এবং সাধারণতঃ ক্ষীণ প্রকৃতি বিশিষ্ট। অস্ত্রোপচারের পর ও প্রমেহ বা দূষিত পদার্থের সংস্পর্শে প্রদাহ হইলে স্থূল চাঁছনী ব্যবহার করা উচিত।

মুখ দ্বারা প্রযোজ্য ঔষধের মধ্যে প্রথমেই লাবণিক ঔষধ ব্যবস্থা করিবে। লাইকর এমোনিয়া এসিটেটিস, স্পিরিট ইথর নাইট্রিক্, বাইকার্ব্বনেট ও সাইট্রেট অফ্ পটাশ, সালফেট অব্ ম্যাগনেসিয়া ও ইনফিউসন রোজ সহ মিশ্র ব্যবস্থা করা উচিত। কোষ্ঠবদ্ধ ও জিহ্বা ময়লাবৃত থাকিলে রাত্রিতে কয়েক গ্রেণ ক্যালোমেল সেবন করাইবে। অহিফেন দ্বারা বিশেষ উপকার হয়—অর্দ্ধ গ্রেণ হইতে এক গ্রেণ মাত্রায় ৩।৪ ঘণ্টা পর পর সেবন করাইতে হয়। কুইনাইনও উপকারী—

তিন গ্রেণ মাত্রায় একক কিম্বা অহিফেন সহ তিন ঘণ্টা পর পর সেবন করাইবে। কয়েক মাত্রা সেবন করাইলে উপকার হয়। অত্যধিক উত্তাপ হ্রাস করার জন্য ওয়ারবার্গ টিংচার সেবন করানের বিধি আছে। অবস্থানুসারে ফেনেসিটিন বা এণ্টিপাইরিন দ্বারা উত্তাপ হ্রাস করা যাইতে পারে। দুগ্ধ ও মাংসের ঝোল প্রভৃতি তরল পৌষক পথ্য ব্যবস্থা করা আবশ্যক। অত্যন্ত দুর্ব্বলা হইলে নাড়ী ও জিহ্বার অবস্থা বিবেচনা করিয়া অল্প মাত্রায় সুরা কয়েক ঘণ্টা পর পর পান করান আবশ্যক।

জরায়ুর পুরাতন প্রদাহ (Chronic metritis)।—জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির তরুণ প্রদাহের উপশম হইয়া কখন কখন পুরাতন রক্তাধিক্যাবস্থা উপস্থিত হয়। এই অবস্থা সময়ে সময়ে হ্রাস বৃদ্ধি হইয়া থাকে, এতৎ সংলগ্ন জরায়ুগঠনের পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। কিম্বা জরায়ু বিধানও স্বতন্ত্র ভাবে এই প্রকৃতির প্রদাহ দ্বারা আক্রান্ত হয় সত্য কিন্তু উক্ত বিধানের তরুণ প্রদাহ পুরাতন ভাবাপন্ন হওয়া অতি বিরল ঘটনা। অথচ শরীরের অন্য যন্ত্রে এই শেষোক্ত প্রকৃতির প্রদাহ সাধারণ ঘটনা। চৈতন্যাধিক্য, বেদনা, স্ফীতত্তা, রজঃকৃচ্ছ্রতা এবং সার্ব্বাঙ্গিক দুর্ব্বলতা প্রভৃতি লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। এই প্রকৃতির পীড়া অত্যন্ত কঠিন।

জরায়ুগ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির পুরাতন প্রদাহ (Chronic cervical Endometritis)—জরায়ুগ্রীবার পুরাতন প্রদাহ বৈধানিক পরিবর্ত্তন এবং লক্ষণানুসারে নানা শ্রেণীতে বিভক্ত হইয়া বর্ণিত হয়। তন্মধ্যে কয়েকটী বিষয় অতি সংক্ষেপে উল্লিখিত হইবে;

বৈধানিক পরিবর্ত্তন।—গ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি ও নেবোথ গ্রন্থি সমূহের প্রদাহে অত্যধিক ক্ষারাক্ত শ্লেষ্মা স্রাব, প্যাপিলী সমূহের বর্দ্ধন ও উচ্চাবস্থা এবং ইহাদিগের সূক্ষ্ম ক্ষতাঙ্কুরবৎ হওয়ায় সমস্ত গ্রীবা

অঙ্কুরাবৃত দেখায় ; সামান্ত কারণেই উক্ত অঙ্কুর হইতে শোণিতস্রাব হয়। ইপিথিলিয়মের ক্ষতবৎ অবস্থা—ক্ষয়িতভাব উপস্থিত হয়। ভ্রম বশতঃ ইহা ক্ষতনামে উক্ত হইতে পারে। কিন্তু তাহা ভুল। জরায়ুর সমস্ত প্রদাহেই এই অবস্থা দেখিতে পাওয়া যায়।

পুরাতন প্রদাহের স্রাবাধিক্য একটী বিশেষ লক্ষণ। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির আলী সমূহের আধিক্য, গ্রন্থিময় কোষার্ব্বুদের উচ্চতা, অত্যন্ত বাহ্যস্তরের কোষসমূহ বর্দ্ধিত, গ্রন্থির সংখ্যা ও বিস্তৃতি অধিক এবং কোষার্ব্বুদ উৎপন্ন হইলে আবদ্ধ হয়। জরায়ুর দেহের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহিত অবস্থাপেক্ষা ইহাতে পৈশিক পরিবেষ্টন বিস্তৃত, গ্রন্থি সমূহের সংখ্যা বৃদ্ধি ও গ্রন্থিগঠনে শোণিত সঞ্চিত হওয়ায় গ্রীবার আয়তন বৃহৎ হয়। অভ্যন্তরাংশের অনুরূপ অবস্থা বাহ্যদেশেও উৎপন্ন হয়। কিন্তু যোনির প্রদাহের প্রকৃতি বিশিষ্ট হয় না। গ্রীবার বাহ্যমুখে স্রাব সংলগ্ন থাকে। কখন কখন যোনি অংশের সীমা পর্য্যন্ত গাঢ় রক্তবর্ণ ধারণ করে। দৃশ্যে ক্ষয়িত, পরিষ্কার, অঙ্কুরবৎ, দানাময় বা মকমলবৎ হইতে পারে। কখন কখন ওষ্ঠের পার্শ্বে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র প্রকৃত ক্ষত দৃষ্ট হয়। গ্রন্থি সমূহ আক্রান্ত হইলে স্থূল এবং মেদ গ্রন্থির অনুরূপ প্রকৃতি ধারণ করে। ওষ্ঠদ্বয় বাহ্য অভিমুখে থাকে। এই সমস্ত কারণে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বর্দ্ধিত—"হাইপারট্রফিক এণ্ডোমিট্রাইটিস্" উৎপন্ন হয়। ইহা প্রদাহ সম্ভূত—শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বর্দ্ধিত, সংযোগের হ্রাস—সহজে বিযুক্ত, প্রদেশ অসমান, গ্রন্থিময় গঠনের পরিবর্ত্তন ও কখন কখন উদ্ভিদ সঞ্চার (vegetation ভেজিটেশন) হওয়ায় ফঙ্গস (Fungous Endometritis ফঙ্গস এণ্ডোমিট্রাইটিস্) জন্মে এবং তাহা হইতে পরিণামে পলিপস্ উৎপন্ন হইতে পারে। সংযোগ তন্তুর কোষ স্ফীত ও তাহার শোণিতবাহিকা প্রসারিত হওয়ায় ইন্টারষ্টিসিয়াল হাইপার-প্লেসিয়া (Interstitial hyperplasia) অর্থাৎ গঠন মধ্যে শোণিত

লক্ষিত হয়। "হেমরেজিক" ("Hæmorrhagic) এণ্ডোমিট্রাইটিস্ অর্থাৎ শোণিতস্রাবিক প্রকৃতিবিশিষ্ট পীড়ায় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম শোণিতবাহিকা দেখা যায়। অভ্যন্তরস্থিত সংযোগ তন্তুর বৃদ্ধি, শোণিত সঞ্চয়, আণুবীক্ষণিক রোগজীবাণুর ক্রিয়া ফলে বৈধানিক অপকৃষ্টতা, অভ্যন্তরস্থিত গ্রন্থির ক্ষয় ও আবরক বিধান বিনষ্ট হওয়ায় ক্ষত হইয়া পূয় বা শোণিত স্রাব হয়। ইহাই "এট্রোফিক কর্পোরিয়াল এণ্ডোমিট্রাইটিস" নামে অভিহিত হয়। প্রদাহ জন্য কখন কখন পনিরবৎ অপকৃষ্টাবস্থা (caseous degeneration) উৎপন্ন এবং কখন বা গ্রন্থি সমূহ বক্র, ঘূর্ণিত, বৃহৎ এবং সংখ্যায় অধিক হইলে "পুরাতন গ্ল্যাণ্ডুলার এণ্ডোমিট্রাইটিস" (Glandular Endometritis) নামে উক্ত হয়। "ক্যাটারাল" বা "সারভাইকেল-ক্যাটার" (Cervical Catarrh) নামে উক্ত শ্রেণীর প্রধান লক্ষণ গ্রীবার ক্ষত এবং স্রাবের আধিক্য। এই শ্রেণীর পীড়া স্নায়বীয় প্রকৃতি বিশিষ্টা পরিপাকবিকারগ্রস্তা যুবতীদিগের হইয়া থাকে।

কারণ।—অনপত্যকাপেক্ষা অপত্যকারই পীড়া অধিক হইয়া থাকে। পূর্ব্ববর্ত্তী কারণ মধ্যে বাত ও টিউবারকিউলার প্রভৃতি ধাতু প্রকৃতি, অনুপযুক্ত ও অসম্পূর্ণ খাদ্য, অত্যধিক দুগ্ধ স্রাব, পুনঃ পুনঃ প্রসব ও জরায়ুর অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন এবং মানসিক কারণ প্রধান। উদ্দীপক কারণ মধ্যে অত্যধিক সঙ্গম, আর্ত্তব স্রাব সময়ে শৈত্য সংলগ্ন, প্রমেহ, যোনিপ্রদাহ, জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা, পলিপস, গ্রীবার ছিন্ন-বিচ্ছিন্নতা, গর্ভস্রাব, অকাল প্রসব ইত্যাদি।

লক্ষণ।—কটিদেশের পশ্চাতে ও বস্তিগহ্বর মধ্যে বেদনা—সঞ্চালনে বেদনার বৃদ্ধি, আঠাবৎ স্রাব, কখন কখন যোনিপ্রদাহ ও রজঃকৃচ্ছ্রতার লক্ষণ দেখা যায়। সঙ্গম কষ্ট, স্রাব দ্বারা পথরোধ এবং শুক্র বিনষ্ট হওয়ায় বন্ধ্যত্ব। সার্ব্বাঙ্গিক দৌর্ব্বল্য।

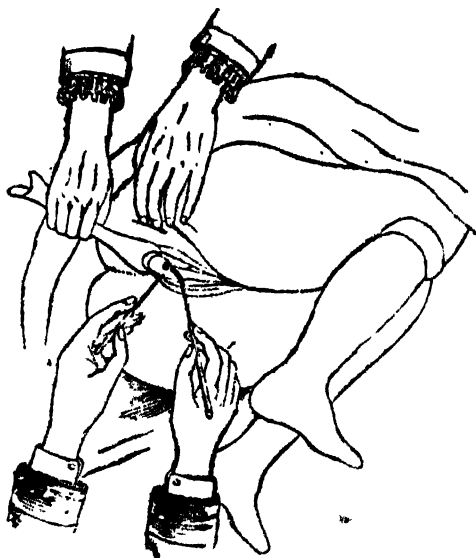
অঙ্গুলী এবং স্পেকুলম দ্বারা পরীক্ষা করিলে জরায়ুমুখ ও গ্রীবার মাংসস্তর উন্মুক্ত বা ক্ষয়িত কিম্বা অঙ্কুরবৎ অপকৃষ্টাবস্থা দেখা যাইতে পারে। কখন কখন অস্বচ্ছ, ঈষৎ শুভ্র বা পীতাভ চটচটে আঠাবৎ স্রাব দ্বারা গ্রীবা আবৃত থাকে। উক্ত স্রাব সহজে বিযুক্ত করা যায় না। জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতাও বর্ত্তমান থাকিতে পারে। গ্রীবার গ্রন্থির স্বাভাবিক স্রাব পরিষ্কার স্বচ্ছ অণ্ডলালবৎ, কিন্তু প্রদাহজ স্রাব অস্ত্র প্রকৃতি বিশিষ্ট।

ভাবিফল।—চিকিৎসায় সহজে সুফল লাভ করা যায় না। একবার আরোগ্য হইলেও কতক দিবস পর পুনর্ব্বার লক্ষণ সমূহ প্রকাশ হওয়ার সম্ভাবনা। অধিক দিনের পুরাতন পীড়া, অত্যন্ত চট্‌চটে স্রাব এবং জরায়ুর আজন্ম বিকৃতি থাকিলে পীড়া নিঃশেষ আরোগ্য হওয়া সন্দেহ।

চিকিৎসা—জরায়ুর অভ্যন্তরে ও গ্রীবায় প্রয়োজ্য ঔষধ ও তাহার প্রয়োগপ্রণালী পূর্ব্বেই বর্ণিত হইয়াছে। এস্থলে সংক্ষেপে কয়েকটী ঔষধের নাম পুনর্ব্বার উল্লেখ করা হইল। প্রদাহ কেবল গ্রীবায় আবদ্ধ, কিম্বা জরায়ুর অভ্যন্তর—ফণ্ডস্‌ পর্য্যন্ত বিস্তৃত, তাহা স্থির করা প্রথম এবং প্রধান কর্ত্তব্য। স্রাবের প্রকৃতি এবং জরায়ুর উর্দ্ধাংশের আয়তন ও চৈতন্যাধিক্য পরীক্ষায় তাহা স্থির করা যাইতে পারে।

প্রদাহ কেবল গ্রীবায় আবদ্ধ থাকিলে সর্ব্বপ্রথমে গ্রীবারন্ধ্র এমত প্রসারিত করিবে যে, অভ্যন্তরের স্রাব সহজে বহির্গত ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে। কাচিনস্টিারের কাঁচী দ্বারা গ্রীবার উভয় পার্শ্ব দ্বিধা বিভক্ত করিলেই উদ্দেশ্য সফল হয়।

দ্বিধা বিভক্ত করার সময়ে শোণিত স্রাব হওয়ায় উপকার হয়। ইউটরাইন বুজিদ্বারাও প্রসারিত করা যায়। তুলীদ্বারা স্রাব পরিষ্কার করিয়া তৎপর ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত। যোনি মধ্যে প্রত্যহ কয়েক-

বার উষ্ণ জলের ডুস প্রয়োগ করা আবশ্যক। বোরাক্স, কার্ব্বনেট অব্ সোডা, কণ্ডিস্ ফ্লুইড, লডেনম, টিংচার আইওডিন এবং হাইড্রেসটিসের তরল সার, ভাতের মাড় ইহার কোন একটী ডুসের জল সহ মিশ্রিত করিয়া লইলে উপকার হওয়ার সম্ভাবনা। প্রতিদিনের জলে এক ছটাক উডহল ওয়াটার মিশ্রিত করিয়া লইলেও উত্তম ফল হয়। কার্ব্বলিক এসিড, একথাইওল হাইড্রেসটিসের সার, টিংচার আইওডিন, ইহা-

১৪ তম চিত্র।—সিমসের স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া ইউটিরাইন প্রোব দ্বারা জরায়ুর গ্রীবায় ঔষধ প্রয়োগ।

দিগের কোন একটীর সহ গ্লিসিরিণ কিম্বা ক্রোমিক এসিড দ্রব, নাইট্রেট অফ্ সিলভার দ্রব, আইওডোফরম, অথবা ব্রক্সটনহিকস্ ফিউসড্ জিঙ্কক্লোরিনস্ প্রয়োগ করা যাইতে পারে। নাইট্রিক এসিড প্রয়োগ করিলে উৎকৃষ্ট ফল হয়, আবশ্যকীয় স্থান ব্যতীত অন্য স্থানে

সংলগ্ন না হয় তৎসম্বন্ধে বিশেষ সতর্কতাবলম্বন করা উচিত। কেবল মাত্র গ্রীবায় প্রয়োগ জন্য ক্যানুলা ব্যবহার আবশ্যক করে না। উল্লিখিত ঔষধ সমূহের মধ্যে উগ্র ঔষধ সমূহ প্রয়োগ করার পরেই যোনি মধ্যে গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন প্রয়োগ করিবে। পুরাতন প্রদাহে শতকরা ১০—২০ অংশ একথাইওল দ্রব স্থানিক এবং মুখ দ্বারাও একথাইওল সেবন করাইলে বিশেষ উপকার হয়। কিরেটিন কোটেড ক্যাপস্থূল ব্যবহার করা উচিত।

সাধারণ চিকিৎসা।—সঙ্গম পরিবর্জ্জনীয়। যথা সম্ভব নির্ম্মল বায়ু সেবন। সহ্য শক্তি অনুসারে পরিমিত পরিশ্রম। অধিকাংশ সময়ে সরল উত্তান-ভাবে শয়ন করিয়া থাকিলে উপকার হয়। দণ্ডায়মানাবস্থায় না থাকাই ভাল। উষ্ণ জলে স্নান, বায়ু পরিবর্ত্তন, ও সহজ পাচ্য পুষ্টিকর পথ্য উপকারী। উত্তেজনার কারণ পরিত্যাগ করা উচিত। দৈহিক স্রাবণ ক্রিয়া বৃদ্ধির জন্য ব্যবস্থা করিতে হয়। ঔষধের মধ্যে আর্সেনিক, কুইনাইন, হাইড্রেস্টিস্, ভিবারনম প্রূণিফোলিয়ম, ধাতব অম্ল, বার্ক, কলম্বা, জেনসিয়ান, নক্সভমিকা প্রভৃতি উদ্ভিজ্জ তিক্ত বলকারক ব্যবস্থা করিবে। স্নায়বীয় উত্তেজনা এবং বেদনা নিবারণ জন্য ব্রোমাইড উপকারী।

জরায়ুর দেহের অভ্যন্তর ঝিল্লির পুরাতন প্রদাহ (Chronic corporeal Endometritis)—জরায়ুগহ্বরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহসহ প্রায়ই গ্রীবার প্রদাহ সম্মিলিত থাকে। বৈধানিক পরিবর্ত্তন এবং উৎপত্তির কারণ উভয়েরই একই প্রকৃতির। জরায়ুগহ্বরস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির পুরাতন প্রদাহে ইউট্রিকিউলার এবং নেবোথ গ্রন্থি আক্রান্ত হয়। ইউট্রিকিউলার গ্রন্থির স্রাবাধিক্য ইহার প্রধান লক্ষণ। প্রদাহের আরম্ভে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি স্ফীত, আরক্তবর্ণ কিন্তু পরিশেষে পাংশুটে ও ধূসরবর্ণ বিশিষ্ট হয়। অধিক দিবস

পরে গহ্বর বৃহৎ, গ্রন্থিক্ষয়, শ্লৈষ্মিকঝিল্লির বাহ্যস্তর বিনষ্ট, গভীরস্তরের কন্তাঙ্কুরবৎ অবস্থা এবং স্থানে স্থানে অভিজাত বর্দ্ধন দৃষ্ট হয়।

লক্ষণ।—যথেষ্ট অণ্ডলালবৎ স্রাব, সময়ে সময়ে বিশেষ বর্ণ বিশিষ্ট, শোণিত রঞ্জিত, বা পূয় মিশ্রিত থাকে। আর্ত্তব স্রাবের অভাব বা আধিক্য কিম্বা রজঃকৃচ্ছ্রের লক্ষণ, শোণিতস্রাব, বন্ধ্যাত্ব প্রভৃতি যে সমস্ত লক্ষণ গ্রীবার প্রদাহে বর্ত্তমান থাকে, তৎ সমস্তই প্রবল ভাবে উপস্থিত থাকিতে দেখা যায়। জরায়ুগহ্বরের দৈর্ঘ্য বৃদ্ধি এবং সমস্ত জরায়ুর চৈতন্যাধিক্য হয়। উভয় হস্তের পরীক্ষায় জরায়ুর বৃদ্ধি স্থির হইতে পারে। সাউণ্ড প্রবেশ করাইলে বেদনা এবং তাহা বহির্গত করিলে শোণিতরঞ্জিত স্রাব হইতে পারে। গ্রীবা প্রসারিত করিয়া জরায়ুগহ্বরে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইলে দানাময়, অঙ্কুরবৎ, ফাঙ্গাসবৎ, পলিপইড কিম্বা অন্য কোন বাহ্য বস্তু থাকিলে তাহা অনুভূত হয়।

চিকিৎসা।—শোষক, সঙ্কোচক, স্নিগ্ধকারক, উত্তেজক এবং দাহক প্রভৃতি বিবিধ ঔষধ কোন অবস্থায় এবং কি প্রণালীতে প্রয়োগ করিতে হয়, তাহা পূর্ব্বে উল্লেখ করা হইয়াছে। আবশ্যকানুসারে তদনুযায়ী ঔষধ প্রয়োগ করিবে। সাধারণতঃ নিম্নলিখিত নিয়মে চিকিৎসা করিতে হয়।

১। গ্রীবা প্রদাহে যে রূপ সাধারণ চিকিৎসা প্রণালী বর্ণিত হইয়াছে।

২। টেণ্ট বা বুজী দ্বারা জরায়ুগ্রীবার অভ্যন্তর মুখ প্রসারণ।

৩। নাইট্রিক বা ক্রোমিক এসিড প্রয়োগ।

৪। ফঙ্গাইটিস্, পলিপইড, গ্রেণুলেশন প্রভৃতির কোন একটী বর্ত্তমান থাকিলে যদি শোণিতস্রাব হইতে থাকে তবে জরায়ুগহ্বর চাঁছিয়া দিয়া অবস্থানুসারে ক্রোমিক এসিড, আইওডিন প্রভৃতি প্রয়োগ করিবে। সাধারণ চিকিৎসায় উপকার হইতেছে না বিবেচনা

করিলে অনতিবিলম্বে জরায়ুগহ্বর চাঁছিয়া দেওয়াই সৎপরামর্শ সিদ্ধ।

৫। চাঁছার পর যে প্রণালীতে কার্ব্বলিক এসিড, আইওডিন, একথাইওল প্রভৃতি প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেওয়া হইয়াছে, তদ্রূপ করা উচিত।

৬। জরায়ুগ্রীবার রক্তরসমোক্ষণ।

৭। আইওডিন প্রভৃতি সহ যোনিমধ্যে ডুস প্রয়োগ।

৮। নিয়মিতরূপে হাইড্রেসটিস ও একথাইওল ট্যাম্পন প্রয়োগ।

৯। স্থানভ্রষ্টতাদি বর্ত্তমান থাকিলে প্রদাহ উপশম হওয়ার পর তাহা প্রকৃতাবস্থায় স্থাপন।

বৈদ্যুতিক স্রোত (Galvano-chemical cauterization) পারিসের এপোষ্টলী এই প্রণালীতে চিকিৎসা করেন। প্রথমে মৃদু প্রকৃতির স্রোত প্রয়োগ আরম্ভ করিয়া ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করা উচিত। অনেক স্থলে সুফল হয়।

উপদংশসংশ্লিষ্ট পীড়ায় পারদ প্রয়োগ করা আবশ্যক। ট্যানেট অব্ মার্কারী, পারসায়নাইড মার্কারী, গ্রীণ আইওডাইড্ মার্কারী কিম্বা পারদের অন্য প্রয়োগরূপ ব্যবস্থা করিবে। নিম্নলিখিত ব্যবস্থাপত্র উৎকৃষ্ট।

℞	হাইড্রার্জ্জ ট্যানেট	Gr i
	এসিড আর্সেনিয়স	Gr $\frac{1}{40}$
	কুইনাইন সালফ	Gr i
	একষ্ট্রাক্ট জেনসিয়ান	QS.

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা। এক মাত্রা। প্রত্যহ কয়েকবার সেব্য।

জিঙ্ক ক্লোরাইড gr xxx—ʒi এক আউন্স জলসহ মিশ্রিত করিয়া তদ্দ্বারা পীড়িত বিধান দগ্ধ করিতে অনেকে উপদেশ দেন। এই

দ্রব প্রয়োগ করার পূর্ব্বে নির্দ্দিষ্ট স্থান ব্যতীত অন্য স্থানে সংলগ্ন হইতে না পারে, এমত উপায় অবলম্বন করিয়া তৎপর প্রয়োগ করিতে হয়। সপ্তাহে দুইবার প্রয়োগ করা যাইতে পারে। দৈবাৎ যোনি প্রাচীর প্রভৃতি স্থানে এই ঔষধ সংলগ্ন হইলে তৎক্ষণাৎ সেই স্থানে বাইকার্ব্বনেট অব্ সোডা প্রয়োগ করা উচিত। পুরাতন বিবৃদ্ধিতে সাধারণতঃ ক্লোরাইড জিঙ্ক দ্রব প্রয়োগ করা হয়। জরায়ুগহ্বরে আইডোফরম এবং যোনি মধ্যে আইডোফরম ট্যাম্পন উপকারী।

জরায়ুর অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন।

(Subinvolution of the uterus সবইন্‌ভলিউশন অফ্ দি ইউটিরাস)

বিবর্দ্ধিত জরায়ু প্রাচীর সঙ্কোচনাভাবে স্বাভাবিক অবস্থা প্রাপ্ত না হইলে তাহা সবইনভলিউশন নামে অভিহিত হয়। এই পীড়া এক প্রকার বৈধানিক পুরাতন শোণিত সঞ্চয়জনিত পরিবর্ত্তন মাত্র।

নিদানতত্ব।—জরায়ুর স্বাভাবিক অবস্থার গুরুত্ব প্রায় এক হইতে দেড় কি দুই আউন্স। গর্ভধারণের পর সমস্ত জরায়ু বৃহৎ—প্রাচীর স্থূল এবং গহ্বরের আয়তন বৃহৎ হয়; পেশী, কৌষিক বিধান, রস ও শোণিতবাহিকা প্রভৃতি সমস্তই বর্দ্ধিত হয়। প্রসবান্তে জরায়ুর গুরুত্ব প্রায় ২৮ আউন্স থাকে; তৎপর শোষণ, পরিবর্ত্তন ইত্যাদি ঘটনায় ক্রমে হ্রাস হইতে আরম্ভ হইয়া ৬—৮ সপ্তাহের পর প্রায় স্বাভাবিক অবস্থায় উপস্থিত হয়; কিন্তু নানা কারণে এই স্বাভাবিক অবস্থায় পরিণত হওয়ার বিঘ্ন উপস্থিত হইতে পারে। তদ্রূপ ঘটনায় জরায়ু স্বাভাবিক অপেক্ষা বৃহৎ আয়তনে থাকে—শোণিত ও রসবাহিকার আয়তন বৃদ্ধি পায়, আকার ও সংযোগ তন্তুর পরিমাণ অধিক থাকে।

অধিক পরিমাণ শোণিত সঞ্চিত হয়। সুতরাং আর স্বাভাবিক আয় তনে পরিণত হইতে পারে না। বৃহৎ হওয়ার পর যে প্রণালীতে পরিবর্ত্তিত হইয়া স্বাভাবিক অবস্থা প্রাপ্ত হয় তাহা ইন্‌ভলিউশন (Involution) এবং আংশিক হ্রাস হওয়ার পর আর হ্রাস না হইলে তাহা সবইন্‌ভলিউশন (Subinvolution) নামে উক্ত হয়।

কুমারীদিগের জরায়ু স্থানভ্রষ্ট হইলে কখন কখন জরায়ু বৃহৎ দেখিতে পাওয়া যায়, জরায়ুগ্রীবার অভ্যন্তরাংশের প্রদাহ জন্য কদাচিৎ জরায়ু বৃহৎ এবং অসম্পূর্ণ সঙ্কোচনের অবস্থায় পরিণত হইতে পারে। এইরূপ স্থলে যাহাদের কখন গর্ভ হয় নাই তাহাদিগের জরায়ুগহ্বরে তিন ইঞ্চ বা তদপেক্ষা অধিক পরিমাণ সাউণ্ড প্রবেশ করিতে পারে। আভ্যন্তরিক পুরাতন প্রদাহজনিত জরায়ুগহ্বর ও প্রাচীর বৃদ্ধির জন্য ঐরূপ পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। কিন্তু সবইনভলিউশন গর্ভধারণের পরেই হইতে দেখা যায়। ইহাই সাধারণ নিয়ম।

কারণ।—প্রসব সম্বন্ধীয় প্রতিপালনীয় নিয়ম সমূহ অগ্রাহ্য—প্রসবান্তে শীঘ্র শয্যাত্যাগ, গর্ভস্রাবান্তে কোন নিয়ম প্রতিপালন না করিয়া নিয়মিত কার্য্যে নিযুক্ত হওয়া ইত্যাদি ঘটনায় শৈরিক রক্তাধিক্য হয়; প্রসবের পর পার্শ্বস্থিত বিধান শিথিল থাকায় বৃহৎ জরায়ু নিম্নাভিমুখে, অগ্র বা পশ্চাতে স্থানভ্রষ্ট হওয়ায় বন্ধনীর শোণিতপূর্ণ শিরা সমূহ নিম্নে আইসে সুতরাং শোণিত সঞ্চালনের বিঘ্ন হওয়ায় রক্তাধিক্য উপস্থিত হয়; বস্তিগহ্বরের প্রদাহ (প্যারামিট্রাইটিস, পেরিমিট্রাইটিস), গ্রীবার ছিন্নবিচ্ছিন্নতা, এণ্ডোমিট্রাইটিস্, পুনঃ পুনঃ গর্ভধারণ, দীর্ঘ কাল স্তন্য দান, ফুল ইত্যাদির অংশ আবদ্ধ থাকা, জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা, এবং সৌত্রিক অর্ব্বুদ ইত্যাদি।

নির্ণয়।—গ্রীবা আক্রান্ত থাকিলে অঙ্গুলী পরীক্ষায় তাহার মুখ উন্মুক্ত, স্ফীত, বেদনাযুক্ত, অধিক চৈতন্য বিশিষ্ট, সামান্য কঠিন এবং

অপেক্ষাকৃত নিম্নে অবস্থিত, এমত অনুমিত হয়। জরায়ু সম্মুখে বা পশ্চাতে স্থানভ্রষ্টাবস্থায় থাকিতে পারে। উভয় হস্তের পরীক্ষায়—জরায়ু চেপ্টা, বৃহৎ; সাবধানে পরীক্ষা করিলে ফণ্ডস স্থির করা যায়। সাউণ্ড—তিন, সাড়ে তিন বা তদপেক্ষা অধিক প্রবেশ করে, প্রসব বা গর্ভস্রাবের ইতিবৃত্ত, কিম্বা পুরাতন এণ্ডোমিট্রাইটিসের অথবা অনিয়মিত আর্ত্তবস্রাবের বিবরণ থাকে। সন্তান সম্ভাবনা কিনা, তাহা সাবধানে স্থির করা আবশ্যক। সন্দেহ হইলে সাউণ্ড প্রবেশ করান নিষেধ। অসম্পূর্ণ সঙ্কোচনে গ্রীবা প্রায়ই কোমল থাকে না, গর্ভ হইলে প্রতি মাসে যে নিয়মে জরায়ু বর্দ্ধিত হয়, তাহাও হয় না; জরায়ু প্রায়ই ৩½—৪'' ইঞ্চির অধিক বড় হয় না, জরায়ু বস্তিগহ্বর মধ্যে প্রায়শঃ নিম্নে অবস্থিতি করে, গর্ভ জন্য যেরূপ বর্ণ পরিবর্ত্তিত হয় তাহা হয় না, কোন স্রাব থাকিলে তাহাতে বিশেষ গন্ধ থাকে না। এই কয়েকটী বিষয় ও পূর্ব্বইতিবৃত্ত বিবেচনা করিলেই গর্ভ এবং ক্যানসারের সহিত সবইনভলিউশনের পার্থক্য নির্ণীত হইতে পারে।

লক্ষণ।—ব্যাপক বা স্থানিক কোন বিশেষ লক্ষণ উপস্থিত হয় না। সচরাচর পুরাতন এণ্ডোমিট্রাইটিসের, জরায়ু বিবৃদ্ধির ও জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতার লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। প্রত্যাবর্ত্তক স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ বর্ত্তমান থাকিতে পারে। সাধারণতঃ গমনাগমনে কষ্ট, কটি দেশের পশ্চাতে ও পার্শ্বে বেদনা, সন্তাপজনিত মল-মূত্রাশয়ের কষ্ট, বিবমিষা, সঙ্গমকৃচ্ছ্রতা, ক্ষুধামান্দ্য এবং ফণ্ডস অধিক আক্রান্ত হইলে রজোধিক বা শোণিতস্রাব হইতে পারে। সময়ে সময়ে পীতাভধূঙ স্রাব হয়।

চিকিৎসা।—অভ্যন্তরস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহের চিকিৎসা প্রণালী যেরূপ বর্ণিত হইয়াছে, তাহা করা আবশ্যক। উষ্ণ জলের ডুস উপকারী। জরায়ু হইতে রক্ত রস মোক্ষণ করিয়া একথাইওল গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন প্রয়োগ করিবে।

ভেসিকেশন (Vesication)—অর্থাৎ ফোস্কা উৎপাদন করিলেও উপকার হয়। নলাকার স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া সন্তাপ দিয়া জরায়ু-গ্রীবা স্পেকুলমের মধ্যে প্রবিষ্ট হইলে নির্দ্দিষ্ট স্থানে ভেসিকেটিং কলোডিয়ন প্রয়োগ করিয়া পরে গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন প্রয়োগ করিয়া রোগিণীকে শায়িতা রাখিবে। প্রায়শঃ ১২ ঘণ্টার মধ্যে রস নিঃসৃত হইতে আরম্ভ হয়। এই চিকিৎসাফলে গ্রীবার ছিন্নবিচ্ছিন্নতা আরোগ্য হইতে পারে।

আইওডিন।—পুরাতন রক্তাধিক্য এবং এণ্ডোমিট্রাইটিস বর্ত্তমান থাকিলে উপকার হয়। পচননিবারক শোষক তূলায় টিংচার আইওডিন লিপ্ত করিয়া প্রয়োগ করা উচিত। তূলা পাকাইয়া গোলাকার এবং আইওডিন লিপ্ত করার পর গ্লিসিরিণ মিশ্রিত করতঃ প্রয়োগ করিয়া স্যালিসিলিক তূলার আর একটী ট্যাম্পন প্রথম ট্যাম্পনের নিম্নে স্থাপন করিবে।

হাইড্রেষ্টিস ও একথাইওল।—ট্যাম্পন ও ডুসসহ এই দুইটী ঔষধ যথেষ্ট ব্যবহৃত হয়। নিয়মিতরূপে প্রয়োগ করিলে যথেষ্ট উপকার হয়। এতৎসহ সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতির জন্য যত্ন করা আবশ্যক।

সঙ্গম পরিবর্জ্জন, ওয়ারমিচেলের প্রণালীতে শয্যাগত থাকা, বিবিধ ঝরণার জল—বিশেষতঃ লৌহ ও আর্সেনিক সংশ্লিষ্ট জল—যেমন ফ্রান্সের রোয়াট (Royat) পান, সমুদ্রতীরে বাস, অভাবে সিইউড এসেন্স মিশ্রিত জলে স্নান উপকারী।

আর্গটের প্রয়োগরূপ সেবন করাইতে অনেকে উপদেশ দেন। এই সমস্ত চিকিৎসায় কোন উপকার না হইলে গ্রীবা প্রসারিত করিয়া অভ্যন্তরে কোন পদার্থ আবদ্ধ থাকিলে তাহা বহির্গত করিয়া দিবে। আবশ্যক মতে জরায়ুগহ্বর চাঁছা উচিত। লক্ষণানুসারে অন্যান্য ঔষধ ব্যবস্থা করিবে।

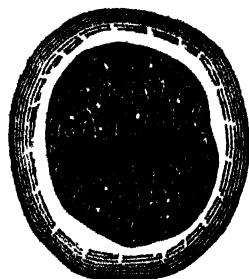
দ্বাদশ অধ্যায়।

জরায়ুগ্রীবার ছিন্নবিচ্ছিন্নতা।

(Laceration of the cervix ল্যাসারেশন অফ্ দি সারভিক্স।)

প্রসব সময়ে শীঘ্র পানমুচি ছিন্ন হইলে, জরায়ু মধ্যে হস্ত বা যন্ত্র প্রবেশ করাইলে জরায়ুগ্রীবা বিদীর্ণ বা ছিন্ন বিচ্ছিন্ন হয়। অতি অল্প সময় মধ্যে প্রসব কার্য্য শেষ হইলেও জরায়ুগ্রীবার ছিন্ন বা বিদীর্ণ হইতে পারে।

সাধারণতঃ সন্তানের মস্তকের অবস্থান অনুসারে বাম পার্শ্বে অনু-প্রস্থ ভাবে বিদীর্ণ হয়। কখন কখন একাধিক বিদারণ দৃষ্ট হয়।

১৫তম চিত্র। জরায়ুগ্রীবার নক্ষত্রাকার বিদারণ।

১৬তম চিত্র। জরায়ুগ্রীবার উভয় পার্শ্বের গভীর স্তর বিদারণ।

অনেক স্থলেই উক্ত বিদারণ আপনা হইতে আরোগ্য হইয়া যায়। লোকিয়া স্রাবে আরোগ্যের কোন বিঘ্ন উপস্থিত করে না। আবার কখন বা উক্ত বিদারণ জন্য জরায়ুর নানাবিধ পীড়া উপস্থিত

হয়। উভয় পার্শ্বের গভীর এবং বৃহৎ বিদারণ জন্য মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে।

নির্ণয়।—বিদীর্ণাবস্থা সহজে স্থির হইতে পারে; কিন্তু মুখে ক্ষত থাকিলে সন্দেহ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। নলাকারের স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া চাপিয়া ধরিলে বিদারের উভয় পার্শ্ব—গ্রীবামুখের বিদীর্ণ ওষ্ঠদ্বয় একত্রে সম্মিলিত হয়। তজ্জন্য বিদীর্ণ স্থান দৃষ্ট হয় না। ইহাই সন্দেহের কারণ। নিম্নলিখিত প্রণালীতে পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য।

রোগিণীকে বামপার্শ্বে শয়ান ও সিমসের স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া টেনাকিউলম দ্বারা বিদারের উভয় পার্শ্ব বিদ্ধ ও সম্মুখাভিমুখে আকর্ষিত করিলে বিদীর্ণাবস্থা—ফাটা স্থানের ক্ষত বিলুপ্ত হইয়া কেবল বিশেষ প্রকৃতির সংযোগ চিহ্ন মাত্র অবশিষ্ট থাকিলে বিদারণ স্থির করিবে।

উপসর্গ।—গ্রীবার ও মুখের এরোশন, গ্রীবারন্ধ্রের বহির্মুখাবস্থা, অসম্পূর্ণ সঙ্কোচন, এণ্ডোমিট্রাইটিস, পেরিমিট্রাইটিস, গ্রীবার ক্ষত শুষ্কের দাগ, বন্ধ্যাত্ব ইত্যাদি। পরন্তু গ্রীবার ইপিথিলিওমা ও মারাত্মক পীড়ার পূর্ব্ববর্ত্তী কারণ স্বরূপ হইতে পারে।

লক্ষণ।—বিদারের বিস্তৃতি এবং প্রকৃতি অনুসারে প্রবল বা মৃদু লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে। গভীর ভাবে বিদীর্ণ হইলে গ্রীবাভ্যন্তরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বহির্গত হইয়া পড়ে। পুরাতন ভাবাপন্ন হইলে সহজে শোণিতস্রাব হয়। গ্রীবার মধ্য হইতে শ্বেত বা পীতাভ স্রাব হইতে থাকে। গমনাগমনে বেদনা, সঙ্গম-ইচ্ছা বিলুপ্ত, স্নায়বীয় বেদনা এবং অন্যান্য প্রত্যাবর্ত্তক লক্ষণ বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা। কিন্তু কোন বিশেষ নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ নাই। বিদারণ বৃহৎ হইলে গ্রীবার সহিত যোনির সম্মিলন স্থান পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। অঙ্গুলী দ্বারা পরীক্ষা করিলে তাহা অনুভব করা যাইতে পারে।

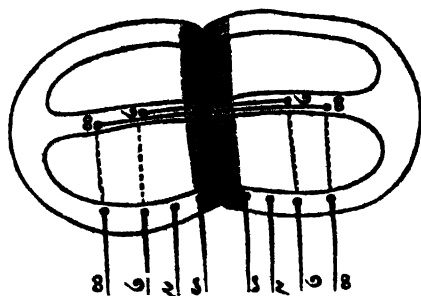
চিকিৎসা।—উপশম এবং আরোগ্যার্থে ভিন্ন ভিন্ন উপায় অবলম্বন করিতে হয়।

উপশম জন্য শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয্যায় শয়ান, যোনি মধ্যে উষ্ণ জলধারা প্রয়োগ, স্থানিক রক্তরস মোক্ষণ, গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন, সঙ্কোচক জলের পিচকারী। বোরাক্স ও ট্যানিন, কার্ব্বলিক এসিড ও আইওডিন ইহাদিগের সহিত গ্লিসিরিণ মিশ্রিত করিয়া কিম্বা ক্রোমিক এসিড দ্রব প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। ধাতব অম্ল, কুইনাইন, বার্ক ইত্যাদি ব্যবস্থা করা উচিত। জরায়ু অসম্পূর্ণ সঙ্কুচিতাবস্থায় থাকিলে আর্গট উপকারী। আইওডিনের প্রয়োগরূপ, হাইড্রেষ্টিস, ক্রোমিক এসিড, নাইট্রেট অফ্ সিলভারের অম্লগ্র দ্রব, কিম্বা পারক্লোরাইড অফ্ আয়রণ স্থানিক প্রয়োগ ক্ষত শুষ্কের সহায়তা করে। রাজোধিক পীড়ায় যেরূপ ঔষধ প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেওয়া হইয়াছে, ইহাতেও তাহা প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

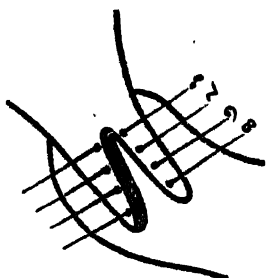
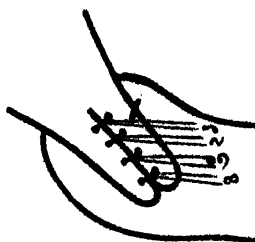
অস্ত্রোপচার।—উক্ত চিকিৎসায় কোন উপকার না হইলে অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য। কিন্তু জরায়ু অস্ত্রোপচারের উপযুক্ত অবস্থায় প্রাপ্ত অর্থাৎ প্রদাহ হ্রাস না হইলে কখনই অস্ত্রোপচার করা উচিত নহে। প্রদাহ আরোগ্য হইলে আর্ত্তবস্রাব বন্ধ হওয়ার এক সপ্তাহ পর অস্ত্রোপচারের দিন ধার্য্য করা কর্ত্তব্য। কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে ব্রোমাইড সেবন এবং যোনি মধ্যে ডুস প্রয়োগ করিতে আরম্ভ করিবে। অস্ত্রোপচারের অব্যবহিত পূর্ব্বে উষ্ণ জলধারা প্রয়োগ করিয়া শোণিতস্রাব বন্ধ করিবে। অস্ত্রোপচারের জন্য ভেজাইন্যাল ডুস, কয়েকটী ডকবিল স্পেকুলম, দীর্ঘ মুষ্টিযুক্ত ছুরি, বক্র কাঁচী, টেনাকিউলম, ইমেটের নিডল ও নিডলহোলডার, সিল্ক বা রৌপ্যতার, ফরসেপ্স এবং ক্রচ আবশ্যক।

ট্রেকিলোরাফী (Trachelorraphy) অস্ত্রোপচার।—ক্লোরফরম দ্বারা

সংজ্ঞাহরণ করিয়া টেবেলের এক পার্শ্বে আলোকের সম্মুখে উত্তান ভাবে স্থাপন করিয়া ক্লচ দ্বারা উরুদ্বয় পৃথক্ করিয়া রাখিবে। গ্রীবা দেখিয়া তাহাতে টেনাকিউলম বিদ্ধ করতঃ আকর্ষণ পূর্ব্বক নিম্নে আনিয়া একজন সহকারীকে স্থিরভাবে ধরিয়া রাখিতে দিবে। বিদারের উভয় পার্শ্ব একত্র করিয়া তন্মধ্যস্থিত ক্ষত অংশ কর্ত্তন করতঃ দূরীভূত করিলে উত্তমরূপে সম্মিলিত হওয়ার সম্ভাবনা, তাহা আনুমানিক স্থির করিবে। একটী দৃঢ় রবারের ওয়াচস্প্রিংরিং পেশারী গ্রীবার মূলে প্রবেশ করাইয়া শোণিতস্রাবের প্রতিবিধান করিয়া কার্ব্বলিক জল দ্বারা যোনিগহ্বর উত্তমরূপে ধৌত করিবে।

অস্ত্রোপচারক বিদারিত স্থানের সামান্য অংশ কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করতঃ পরিষ্কার করিয়া তৎপর উক্ত স্থানের ঊর্দ্ধাংশে যে কোণ উৎপন্ন হইয়াছে তত্রস্থিত ক্ষত শুক্রের বিধান সম্পূর্ণ কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করতঃ নিম্নের ৯৭তম—৯৯তম চিত্রে প্রদর্শিত প্রণালীতে

৯৭তম চিত্র। ইমেটের প্রণালীতে কর্ত্তন এবং সূত্র প্রবেশন প্রণালী।

সূত্র বা তার প্রবেশ করাইয়া গ্রন্থি বন্ধন করিবে। অপরিষ্কার বিধান কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করার সময়ে গ্রীবার মধ্যস্থলের সামান্য অংশ কর্ত্তন না করিয়া ভবিষ্যতে গ্রীবার রন্ধ্র প্রস্তুত হওয়ার জন্য অব্যাহত অবস্থায় রাখা উচিত। অপর পার্শ্ব বিদীর্ণ হইয়া থাকিলে তাহাও এই প্রণালীতে কর্ত্তন করিয়া সূত্র প্রবেশ করাইয়া গ্রন্থি বন্ধন করিতে হয়।

অস্ত্রোপচার শেষ হইলে শয্যায় শায়িত রাখিবে। উপযুক্ত সময় পর পর ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করান কর্ত্তব্য। কিন্তু তিন দিবস পর রোগিণী স্বয়ং মূত্রত্যাগ করিতে পারে। হাঁটুতে ভর দিয়া উপুড় হইয়া

১৮তম চিত্র। সূত্র প্রবেশ করাইবার পর এবং গ্রন্থি বন্ধনের পূর্ব্বে প্রবেশিত সূত্রের পার্শ্ব দৃশ্য।

১৯তম চিত্র। গ্রন্থি বন্ধনের পরে সম্মিলিত সূত্র ও বিদীর্ণ স্থানের দৃশ্য।

প্রস্রাব করিলে যোনি মধ্যে মূত্র প্রবেশের আশঙ্কা থাকে না। প্রত্যহ মৃদু প্রকৃতির পচন নিবারক জল দ্বারা যোনি ধৌত করিতে হয়। দশ বার দিবস অতীত না হইলে কখনই সূত্র কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করিবে না। সূত্র শীঘ্র কর্ত্তন করার দোষে অনেক সময় বিদীর্ণ স্থান সম্মিলিত হইতে পারে না।

ত্রয়োদশ অধ্যায়।

জরায়ু গ্রীবার এরোশন, গ্র্যানুলার ও ফলিকিউলার ডিজেনারেশন।

(Erosion, Granular and Follicular Degeneration of the Cervix).

স্পেকুলম প্রবেশ করাইলে অনেক স্ত্রীলোকের জরায়ুর বাহ্য মুখের পার্শ্বে স্থানে স্থানে অল্প বা অধিক পরিমাণে লালবর্ণ অবনত বা বিষম প্রকৃতি বিশিষ্ট স্থান লক্ষিত হয়; সাধারণতঃ উহাই জরায়ুগ্রীবার ক্ষত নামে উক্ত হইত। কিন্তু ক্ষত বলিলে যে ভাব ব্যক্ত হয়, এরোশন বলিলে সে ভাব ব্যক্ত হয় না, তজ্জন্য বর্ত্তমান সময়ের অনেক বিধানতত্ত্ববিৎ উক্ত অবস্থাকে ক্ষত অর্থাৎ অলসারেশন অফ্‌ সারভিক্স না বলিয়া এরোশন অফ্‌ সারভিক্স সংজ্ঞা দেন। ক্ষত শব্দ কেবল বিশেষ প্রদাহ, মারাত্মক এবং ক্যানসার সংশ্লিষ্ট অবস্থায় প্রয়োগ হয়। এরোশনে জরায়ুগ্রীবার বাহ্য মুখের ওষ্ঠদ্বয়ের ইপিথিয়াল স্তরের কেবল বাহ্যস্তর—শল্কবৎ কোষ মাত্র স্খলিত হইয়া পতিত হয়। পীড়িত স্থান উজ্জ্বল, আরক্তবর্ণ, স্ফীত, মসৃণ, অঙ্কুরাক্রান্ত, দানাময়, বিষম, কিম্বা তরঙ্গবৎ উচ্চাবচ দেখায়।

জরায়ুগ্রীবার বাহ্য মুখের সন্নিকটবর্ত্তী স্থান—ওষ্ঠদ্বয়—বাহ্য প্রদেশ স্বাভাবিক অবস্থায় শল্কবৎ ইপিথিলিয়ম দ্বারা আবৃত থাকে কিন্তু এরোশন হইলে শল্কবৎ ইপিথিলিয়মের পরিবর্ত্তে স্তম্ভাকার ইপিথিলিয়ম দ্বারা আবৃত দেখা যায়। এই স্তম্ভাকার ইপিথিলিয়ম সংযোগ বিধানের অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট ও গ্রন্থিবৎ গঠনে পরিবর্ত্তিত হয়, কিন্তু এই স্থানে

স্বাভাবিক অবস্থায় উক্ত বিধানে কোন গ্রন্থি বর্ত্তমান থাকে না। এই অভিজাত গ্রন্থি সমূহ গ্রীবার গ্রন্থি অপেক্ষা ক্ষুদ্র। সংযোগ বিধানে কেবল মাত্র সামান্ত গোলাকার কোষ সঞ্চিত হওয়া ব্যতীত অপর কোন পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয় না। সংযোগ বিধান মধ্যে স্তম্ভাকার কোষ প্রবেশের পরিমাণ অনুসারে এরোশনের আকৃতি এবং প্রকৃতি বিভিন্ন রূপ হওয়ায় এরোশন ভিন্ন ভিন্ন শ্রেণীতে বিভক্ত হইয়া বর্ণিত হয়। নিম্নলিখিত কয়েক শ্রেণীর এরোশন অধিক দেখিতে পাওয়া যায়।

১। সিম্পল (Simple)।—আক্রান্ত স্থান সামান্ত মাত্র মাংসাঙ্কুরাক্রান্ত দেখায়।

২। প্যাপিলারী বা ভিলাস (Papillary or villous)।—সাধারণ এরোশনে সংযোগ বিধানের অভ্যন্তরে স্তম্ভাকার ইপিথিলিয়ম যে পরিমাণ প্রবিষ্ট হয়, প্যাপিলারী এরোশনে তদপেক্ষা অধিক প্রবিষ্ট হওয়ায় আক্রান্ত স্থান স্বাভাবিক অপেক্ষা উচ্চ ও মকমলবৎ কোমল, লাল, লোমশ বা দানাময় দেখায়।

৩। ফলিকিউলার (Follicular)।—সংযোগ বিধানের অধিকতর গভীরস্তরে স্তম্ভাকার ইপিথিলিয়ম প্রবিষ্ট হওয়ায় আক্রান্ত স্থান উন্নতাবনত ও চেপ্টা হইয়া যায়। সন্নিকটস্থিত উভয় উচ্চতম অংশের উপরিভাগ একত্রে সম্মিলিত হওয়ায় তন্নিম্নস্থিত স্থানের মধ্যে প্রবেশপথ বন্ধ ও তজ্জন্য স্রাব বহির্গত হইতে না পারায় তন্মধ্যে সঞ্চিত হইতে থাকে; ক্রমে বিস্তৃত হয়। এইরূপে তরল পদার্থ পূর্ণ কোষে পরিণত হয়। ক্রমে ক্রমে আরও স্রাব সঞ্চিত হওয়ায় অপেক্ষাকৃত বৃহৎ এবং কোন কোনটী বা বিদীর্ণ হয়। বিদীর্ণ হইয়া স্রাব বহির্গত হইয়া গেলে তৎস্থান পুনর্ব্বার অবনত হয়। এই প্রকৃতির অপকৃষ্টতা দ্বারা সমস্ত গ্রীবা আক্রান্ত হইতে পারে।

এফথাস এরোশন (Aphthous erosion)।—জরায়ু-গ্রীবার শ্লৈষ্মিকঝিল্লির ইপিথিলিয়ম স্তর ক্ষয় হইয়া গেলে এই প্রকৃতির এরোশনের উৎপত্তি হয়।

অধিকাংশ স্থলে ভিন্ন ভিন্ন প্রকৃতির এরোশন একত্রে সম্মিলিত থাকায় কার্য্যতঃ পার্থক্য নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন হয়।

কারণ।—গ্রীবার সর্দ্দি প্রকৃতির প্রদাহসহ এরোশন বর্ত্তমান থাকে। জরায়ুর অনেক পীড়াতেই উক্ত লক্ষণ দেখিতে পাওয়া যায়। জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা, গ্রীবা বিদারণ, যোনিপ্রদাহ প্রভৃতিতে জরায়ুগ্রীবার রক্তাধিক্য হইয়া পরিণামে এরোশন হইতে পারে। টিউবারকেল, উপদংশ এবং গণ্ডমালা ধাতু প্রকৃতিতেও এরোশন হইতে পারে। পেশারী প্রভৃতির উত্তেজনাতেও ইহা হইতে দেখা যায়।

লক্ষণ।—রক্তাধিক্য, এণ্ডোমিট্রাইটিস, যোনিপ্রদাহ, এবং প্রমেহ প্রভৃতি কোন পীড়া বর্ত্তমান থাকিলে তাহার প্রবলত্বের উপর লক্ষণের প্রকৃতি নির্ভর করে। বর্ণ যুক্ত স্রাব, গমনাগমনে কষ্ট, কটিদেশের পশ্চাতে ও পার্শ্বে বেদনা, সঙ্গম-কষ্ট, সার্ব্বাঙ্গিক দুর্ব্বলতা, সামান্য পরিশ্রমে অবসন্নতানুভব, এবং ক্ষুধামান্দ্য প্রভৃতি সাধারণ লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। যোনি মধ্যে অঙ্গুলি প্রবেশ করাইয়া পরীক্ষা করিলে জরায়ুমুখের কোমল, আর্দ্র ও ক্ষয়িত বা মাংসাঙ্কুরবৎ অবস্থা অনুভব করা যায়। স্পেকুলম প্রবেশ করাইলে পূয়মিশ্রিত একস্তর স্রাব দ্বারা গ্রীবামুখ আবৃত দেখা যায়। কখন কখন উক্ত স্রাবসহ শোণিতবিন্দু মিশ্রিত থাকে। এই স্রাব তুলী দ্বারা পরিষ্কার করিলে গ্রীবা-মুখের ক্ষয়িত কিম্বা মাংসাঙ্কুরবৎ অবস্থা পরিলক্ষিত হয়। এতৎ সহ সময়ে সময়ে পুরাতন বিদীর্ণতার পরিণাম খাঁচ বর্ত্তমান থাকিতে পারে। তুলা বা স্পঞ্জ দ্বারা পীড়িত স্থান পরিষ্কার করিলে শোণিত স্রাব হইতে থাকে। এণ্ডোমিট্রাইটিস বর্ত্তমান থাকিলে গ্রীবার মুখ হইতে তাহার বিশেষ প্রকৃতির

চট্‌চটে স্রাব বহির্গত হয়। প্রমেহ পীড়া থাকিলে জরায়ু হইতে পূয মিশ্রিত অপরিষ্কার পীতবর্ণ ও গন্ধযুক্ত স্রাব হইতে থাকে। এতৎ সহ যোনিপ্রদাহ এবং পীড়া পুরাতন হইলে যোনিপ্রাচীরেরও মাংসাঙ্কুরবৎ অবস্থা বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

চিকিৎসা।—এরোশনের চিকিৎসা সম্বন্ধে কয়েকটী নিয়ম অবগত হওয়া উচিত।

রোগের পরিণাম সম্বন্ধে কেহ প্রশ্ন করিলে সাবধানে মন্তব্য প্রকাশ করা উচিত। জরায়ুগ্রীবার মাংসাঙ্কুরবৎ পীড়া আরোগ্য হওয়া সময় সাপেক্ষ। জরায়ুর অপর কোন পীড়া বর্ত্তমান থাকিলে অধিক দিবস চিকিৎসা না করিলে কোনও উপকার হয় না।

মাংসাঙ্কুর সমূহ বিলুপ্ত, পীড়িত স্থানের পাংশুটে বর্ণ ও সমভাব, রক্তাবেগের হ্রাস, স্রাবের পরিমাণ কম এবং শুষ্ক হইতে আরম্ভ করিলে আরোগ্যোন্মুখ হইতেছে, এমত বিবেচনা করা যাইতে পারে। এই পীড়ার চিকিৎসায় সঙ্কোচক ও দাহক ঔষধসমূহ অধিক পরিমাণে প্রয়োজিত হওয়ায় অনেক স্থলেই মন্দ ফল হইতে দেখা যায়। কি শক্তির ঔষধ কত সময় পর পর প্রয়োগ করা উচিত, চিকিৎসক তাহা পীড়ার প্রকৃতি দৃষ্টে স্থির করিবেন। এতৎ সম্বন্ধে কোন সাধারণ নিয়ম হইতে পারে না। চিকিৎসকের অভিজ্ঞতানুযায়ী ঔষধ ও তাহার পরিমাণ স্থির করিবেন।

উত্তেজক ঔষধ প্রয়োগ না করিয়া প্রথমে স্থানিক স্নিগ্ধকারক ঔষধ প্রয়োগ করাই উচিত।

পীড়িত স্থান শুষ্ক হইয়া স্বাভাবিক অবস্থায় পরিণত হওয়ার পর কয়েক দিবস পরীক্ষাধীনে রাখিয়া পরিশেষে আরোগ্য সম্বন্ধে সন্তোষজনক মন্তব্য প্রকাশ করিবে।

গ্রীবার ক্ষত চিকিৎসার জন্য রোগিণী উপস্থিত হইলে প্রথমেই গ্রীবার কত অংশ প্রদাহাক্রান্ত, তাহা পরীক্ষা করিয়া স্থির করিবে। সহজে কৃতকার্য্য না হইলে গ্রীবারন্ধ্র প্রসারিত করা আবশ্যক। প্রথমে জরায়ু ও স্রাব পরীক্ষা করিয়া অভ্যন্তরে প্রদাহ আছে, এমত সন্দেহ হইলে গ্রীবা প্রসারিত করিয়া অভ্যন্তর পরীক্ষা করার পর পীড়া সম্বন্ধে রোগিণীকে স্বীয় মন্তব্য অবগত করাইবে। সামান্য ভাবে পরীক্ষা করিয়া মন্তব্য প্রকাশ করিলে অনেক স্থলেই হাস্যাস্পদ হইতে হয়। জরায়ুগহ্বরে প্রদাহ থাকায় স্রাব হয়। গ্রীবার উত্তেজনায় গ্রীবামুখে এরোশন উপসর্গ হয়, অধিক দিবস এই অবস্থায় অতিবাহিত হইলে এরোশনের কিয়দংশ শুষ্ক ভাব ধারণ করে। এইরূপ হইলে গ্রীবার এরোশনে পুনঃ পুনঃ স্থানিক ঔষধ প্রয়োগে বিশেষ কোন উপকারের আশা করা যাইতে পারে না। কেবল সময় নষ্ট হয় মাত্র। জরায়ুর অভ্যন্তরে প্রদাহ বর্ত্তমান থাকিলে গ্রীবামুখে দাহক ঔষধ প্রয়োগ করা নিষ্ফল। অনতিবিলম্বে গ্রীবা প্রসারিত করিয়া অভ্যন্তরে যথোপযুক্ত ঔষধ প্রয়োগ করিয়া এরোশনের স্থানে নাইট্রিক এসিড প্রয়োগ করিলে শীঘ্র উপকার হওয়ার সম্ভাবনা।

জরায়ুর অভ্যন্তরে এবং গ্রীবায় উক্ত ঔষধ প্রয়োগ করার পর পুনর্ব্বার আর্ত্তব স্রাব না হওয়া পর্য্যন্ত প্রত্যহ গ্রীবায় উপযুক্ত ঔষধ প্রয়োগ করিয়া আর্ত্তব স্রাব শেষ হইলে পুনর্ব্বার পরীক্ষা করিয়া দেখিবে, যদি এরোশন বর্ত্তমান থাকে, তবে পুনর্ব্বার নাইট্রিক এসিড প্রয়োগ করিয়া পূর্ব্ববৎ চিকিৎসা করিতে থাকিবে।

জরায়ু স্থানভ্রষ্টাবস্থায় থাকিলে এরোশন আরোগ্য না হওয়া পর্য্যন্ত স্বাভাবিক স্থানে স্থাপন করিতে বিরত থাকা উচিত। এ অবস্থায় উপযুক্ত পেশারী প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

সাধারণ নিয়ম।—সরল উত্তান ভাবে শয়ন করিয়া থাকা উচিত। শারীরিক পরিশ্রম, ও সঙ্গম এবং তৎসংশ্লিষ্ট উত্তেজনার কারণ পরিহার করা আবশ্যক। কুইনাইন্, আর্সেনিক, ধাতব অম্ল এবং বার্ক ইত্যাদি ঔষধ প্রয়োগ উপকারী।

স্থানিক।—বোরেট অফ্ সোডা, সাল্‌ফো-কার্ব্বলেট অফ্ জিঙ্ক, এসিটেট অফ্ লেড, কণ্ডিজ ফ্লুইড, কার্ব্বলিক এসিড, এলাম, এবং ট্যানিন, ইহার কোন একটী ঔষধ জলসহ মিশ্রিত করিয়া যোনি মধ্যে ডুস প্রয়োগ উপকারী। পাঁচপোয়া জলে প্রথমোক্ত ঔষধ অর্দ্ধ আউন্স এবং অবশিষ্ট সমস্ত ঔষধের কোন একটী এক ড্রাম পরিমাণ মিশ্রিত করিয়া লইতে হয়। পারক্লোরাইড অফ্ মার্কারী (১৫০০), হাইড্রেষ্টিসের তরল সার ডুসসহ প্রয়োজিত হয়। চিনোসোলের ট্যাম্পন ও ডুস উভয়ই উপকারী।

পীড়িত স্থানে প্রযোজ্য ঔষধের মধ্যে নাইট্রেট অফ্ সিলভার (ফিউজ ষ্টিক বা ভিন্ন ভিন্ন শক্তি বিশিষ্ট দ্রব); কার্ব্বলিক এসিড এবং গ্লিসিরিণ; নাইট্রিক এসিড; রিচার্ডশনের ষ্টিপটিক কোলইড; পিগমেণ্ট অফ্ আইওডিন এবং একথাইওল (আইওডিন ʒi, স্পিরিট রেক্টিফাইড ℥i, শতকরা ৫-১০ অংশ একথাইওল গ্লিসিরিণ দ্রব, ফ্লেক্সিবল্ কলোডিয়ন ℥ss); ক্রোমিক এসিড (ʒi—℥i); আইওডোফরম; পারক্লোরাই অফ্ আয়রণদ্রব (ʒi—℥i গ্লিসিরিণ); ক্লোরাইড অফ্ জিঙ্ক (ʒi—℥i); গ্লিসিরিণ সহ হাইড্রেষ্টিসের তরল সার এবং বিনআইওডাইড অফ্ মার্কারী উৎকৃষ্ট। শেষোক্ত ঔষধ প্রয়োগ করিতে হইলে এরোশনের স্থানে প্রথমে পারক্লোরাইড মার্কারী দ্রব প্রয়োগ করিয়া তৎক্ষণাৎ আইওডাইড অফ্ পটাশ দ্রব দ্বারা ধৌত করিলে পীড়িত স্থানে রেড আইওডাইড মার্কারী পতিত হয়।

যোনি মধ্যে ট্যাম্পন।—গ্লিসিরিণ সহ ট্যানিন, গ্লিসিরণ সহ

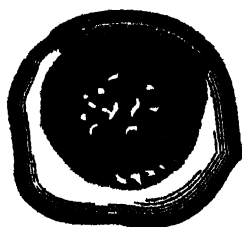
বোরাসিক এসিড, গ্লিসিরিণসহ হাইড্রেষ্টিস্, গ্লিসিরিণ একথাইওল, আইওডিন গ্লিসিরিণ এবং চিনোসোল প্রয়োগ করা উচিত।

মলম।—উগ্রতানাশক এবং পরিষ্কারক মলম উপকারী। ভেসেলিন সহ কার্ব্বলিক এসিড, আইওডোফরম, আইওডোল, ইউরোফেন, একথাইওল, ট্যানিন, বেলাডনা কিম্বা মর্ফিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে। আইওডোফরমের মলমের সহিত কয়েক গ্রেণ কুমারিন (Coumarin) মিশ্রিত করিয়া লইলে দুর্গন্ধ নষ্ট হয়। অনেক চিকিৎসক এরোশনের চিকিৎসায় মলম প্রয়োগ করেন না।

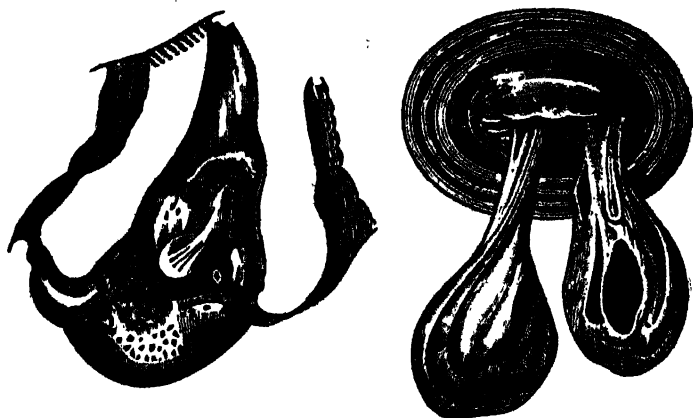
রক্ত মোক্ষণ।—সময়ে সময়ে ইউটিরাইন ল্যান্‌সেট দ্বারা কর্ত্তন করিয়া অল্প অল্প রক্ত মোক্ষণ করিলে উপকার হয়।

সপোজিটরী।—বেলাডোনা, অহিফেন, কোকেন, এসিটেড-অফ লেড, ট্যানিক এসিড, অক্সাইড অফ জিঙ্ক, কিম্বা আইওডোফরমের সপোজিটরী প্রয়োগ করিলেও উপকার হয়।

শুষ্ক চিকিৎসা প্রণালীতে চূর্ণ প্রক্ষেপ।—সাধারণ ক্ষত এবং আঘাত ইত্যাদিতে শুষ্ক প্রণালীতে চিকিৎসা করিয়া যেরূপ সুফল লাভ করা যায়, জরায়ুগ্রীবার ক্ষতের চিকিৎসাতে শুষ্ক প্রণালী অবলম্বন করিলেও তদ্রূপ ফল লাভ হয়। জরায়ুগ্রীবার এবং যোনি-প্রাচীরে চূর্ণ প্রক্ষেপ করিতে হইলে তদুদ্দেশ্যে নির্ম্মিত বিশেষ যন্ত্র ব্যবহার করা উচিত। প্রথমে পিচকারী প্রয়োগ করিয়া যোনিপ্রাচীর এবং জরায়ুগ্রীবা পরিষ্কার করিয়া তৎপর চূর্ণ প্রক্ষেপ করিবে। এলম, জিঙ্ক অক্সাইড ও বোরাসিক এসিডের চূর্ণ সমভাগে মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে সামান্য এরোশন এবং শ্বেতপ্রদর আরোগ্য হয়। চিকিৎসক আবশ্যকমত অন্য যে কোন চূর্ণ প্রক্ষেপ করিতে পারেন। গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন ইত্যাদি প্রয়োগের পরিবর্ত্তে অনেকে এইরূপে চূর্ণ প্রয়োগ করাই উৎকৃষ্ট বিবেচনা করেন।

ফলিকিউলার ডিজেনারেশন অর্থাৎ তরল পদার্থপূর্ণ কৌষিক অপকৃষ্টতা।—জরায়ুগ্রীবার ফলিকিউলার ডিজেনারেশন, ফলিকিউলার হাইপারট্রফী, এবং মিউকস পলিপাই, এই তিনটীই পরস্পর ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধে সম্বন্ধ। ইহাদিগের নিদানতত্ত্ব ও বৈধানিক পরিবর্ত্তন প্রণালী—উভয়ই প্রায় একই প্রকৃতির। ইহাদিগের সকলের সহিতই জরায়ুগ্রীবার রক্তাধিক্য, চির, কিম্বা সামান্য ক্ষত এবং গ্রীবার ওষ্ঠের

১০০তম চিত্র। জরায়ুগ্রীবার ফলিকিউলার হাইপারট্রফী অর্থাৎ কৌষিক অপকর্ষ জনিত বিবর্দ্ধন।

বহির্ম্মুখাবস্থা বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায়। গ্রীবাগ্রন্থির রক্তাধিক্য এবং স্রাবরোধ জন্য লম্বিত স্ফীতাবস্থা হইতে সাধারণ কৌষিক অবস্থার উৎপত্তি হয়। এই অবস্থা ওভিউলা নেবোথাই (Ovula Nabothi) নামে উক্ত হয়। এই কোষ বিদীর্ণ কিম্বা বিবর্দ্ধিত হইতে পারে। বিবর্দ্ধিত হইলে সন্নিকটস্থিত বিধানসমূহ সবলে সম্মুখাভিমুখে স্থানভ্রষ্ট করিয়া পলিপসে পরিণত হয় কিম্বা জরায়ুমুখের যোনিপ্রদেশে ধূসর বা পীতবর্ণ বিশিষ্ট ক্ষুদ্র কৌষিক গুটিকার আকার ধারণ করিয়া অবস্থিতি করে। এই সমস্ত কোষের অভ্যন্তরে পূয় বা লালাসেবৎ পদার্থ; দানাময়, শ্লেষ্মাকণা এবং ইপিথিলিয়ম কোষ বর্ত্তমান থাকে। কখন কখন কোষ বিদীর্ণ হইয়া যাওয়ায় তৎস্থান প্রথমে অবনত এবং পরিশেষে ক্রমে স্বাভাবিক অবস্থায় পরিণত হয়। উক্ত অপকৃষ্টাবস্থায়

কোন প্রতিবিধান না করিলে গ্রীবার ক্রমে সংযোগ বিধানের পরিমাণ অধিক হওয়ায় গ্রীবা বৃহৎ হইতে থাকে। অধিক দিবস এই অবস্থায় অতিবাহিত হইলে ফঙ্গস্ গঠনের উৎপত্তি হওয়ার সম্ভাবনা।

১০১তম চিত্র। জরায়ুগ্রীবার ফলিকিউলার হাইপারট্রফী। দ্বিধা কর্ত্তিত হওয়ার পর দৃশ্য।

১০২ তম চিত্র। ফলিকিউলার হাইপারট্রফী জনিত জরায়ুগ্রীবার অভ্যন্তর হইতে উৎপন্ন শ্লৈষ্মিক পলিপস।

অপকৃষ্ট কোষ বিবর্দ্ধিত হওয়ার সময়ে গ্রীবার যোনিপার্শ্বস্থিত প্রদেশের বিধান কর্ত্তৃক প্রতিরুদ্ধ হইলে ক্ষুদ্র গুটিকার আকার ধারণ করিয়া অবস্থিতি করে, কিন্তু তত্রস্থিত বিধান বৃদ্ধির কোন প্রতিবন্ধকতা উৎপাদন না করিলে শ্লৈষ্মিক পলিপসে পরিণত হয়। এই কারণ-বশতঃ অধিক বয়সে বহু অপত্যকার শ্লৈষ্মিক পলিপস অধিক হয়।

নির্ণয়।—গ্রীবায় ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কোষসমূহের অবস্থান, কোষমধ্যস্থিত পদার্থের প্রকৃতি; জরায়ুমুখ হইতে উৎপন্ন বিশেষ প্রকৃতি বিশিষ্ট পলিপস্; কোমল, কোষবৎ দৃশ্য এবং বিবর্দ্ধিত ওষ্ঠ দৃষ্টে উক্ত তিন অবস্থা সহজে* নির্ণীত হইতে পারে। কোষ বিদীর্ণ হওয়ার পর

ক্ষতোৎপন্ন হইলে তাহা সাংঘাতিক ক্ষত বলিয়া ভ্রম হওয়া আশ্চর্য্য নহে।

চিকিৎসা।—কোষ কর্ত্তন করিয়া তন্মধ্যস্থিত পদার্থ চাছিয়া বহির্গত করিয়া দিবে। কোষাভ্যন্তরের পদার্থ বহির্গত করার পর কোষমধ্যে ক্রোমিক এসিড, কার্ব্বলিক এসিড কিম্বা নাইট্রিক এসিড প্রয়োগ করিলেও উপকার হয়। শ্লৈষ্মিক পলিপস্ থাকিলে কাঁচি বা ফর্সেপস্ দ্বারা দূরীভূত করিবে। গ্রীবার অভ্যন্তরে পলিপস্ আছে সন্দেহ হইলে গ্রীবারন্ধ্র প্রসারিত করিয়া কাঁচি, ফর্সেপস্ বা কিউরেট দ্বারা দূরীভূত করিবে। রন্ধ্রমধ্যস্থিত ক্ষুদ্র পলিপস্ নষ্ট করার জন্য নাইট্রিক বা ক্রোমিক এসিড প্রয়োগ উৎকৃষ্ট। অত্যন্ত কঠিন গ্রীবায় গ্রীবার যোনিস্থিত অংশের পীড়িত অংশ কাঁচি, ছুরী কিম্বা বৈদ্যুতিক তার দ্বারা কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করিতে হয়।

চতুর্দ্দশ অধ্যায়।

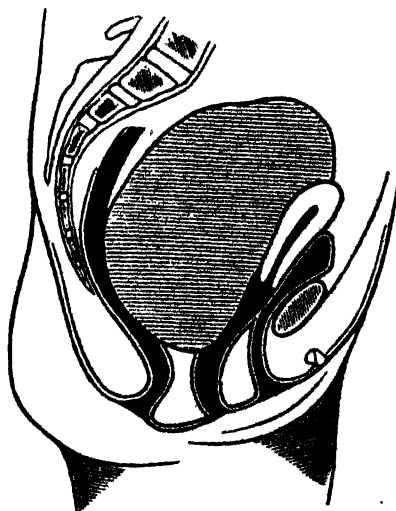
বস্তিগহ্বরস্থিত অন্ত্রাবরক ঝিল্লি এবং কৌষিক বিধানের প্রদাহ।

(Perimetric Inflammation and Peri-uterine Phlegmon.)

পেরিমিট্রাইটিস্ (Perimetritis) ।—বস্তিগহ্বরস্থিত পেরিটোনিয়মের প্রদাহ হইলে পেরিমিট্রাইটিস্ এবং পেলভিক পেরিটোনাইটিস নামে উক্ত হয়।

প্যারামিট্রাইটিস্ (Parametritis) ।—বস্তিগহ্বরস্থিত কৌষিক বিধানের প্রদাহ হইলে তাহা প্যারামিট্রাইটিস্ ও পেরিইউ-

টিরাইন ফ্লেগমোন এবং পেলভিক সেলুলাইটিস্ (Pelvic Cellulitis) নামে উক্ত হয়।

বিধান-তত্ত্বানুসারে যদিও পেরিমিট্রাইটিস এবং প্যারামিট্রাইটিস পৃথক্‌রূপে নির্দ্দেশ করা হইল সত্য কিন্তু কার্য্যক্ষেত্রে রোগশয্যায় উভয়ের পার্থক্য নিরূপণ অত্যন্ত কঠিন। পরন্তু কৌষিক বিধানের প্রদাহ হইলে পরম্পরিত ভাবে স্নৈহিক বিধান এবং স্নৈহিক বিধান প্রদাহিত হইলে পরম্পরিত ভাবে কৌষিক বিধান প্রদাহাক্রান্ত হইয়া থাকে। সুতরাং

১০৩তম চিত্র।—পেরিমিট্রাইটিস সিরোসা অর্থাৎ পেরিটোনিয়মের গহ্বর মধ্যে সিরমসঞ্চয়। সিরমের সঞ্চাপে জরায়ু সম্মুখোর্দ্ধদিকে পিউবিসের সন্নিকটে স্থানভ্রষ্ট হইয়াছে।

উভয় পীড়াই একই সময় উপস্থিত হয়। ব্রডলিগামেণ্টের স্তরদ্বয়ের মধ্যে, মূত্রাশয় ও জরায়ুর মধ্যে, যোনি এবং জরায়ুর পশ্চাৎ প্রাচীরের মধ্যে, কিম্বা জরায়ুগ্রীবার পরিবেষ্টক কৌষিক বিধান মধ্যে প্রাথমিক

প্রদাহ আরম্ভ হইয়া পরম্পরিত বা গৌণ ভাবে যেমন পেলভিক পেরিটোনাইটিস উপস্থিত হয়, তেমনি বস্তিগহ্বরের সম্মুখে বা পশ্চাতের পেরিটোনিয়মের প্রাথমিক প্রদাহ আরম্ভ হইয়া পরম্পরিত ভাবে কৌষিক বিধান প্রদাহাক্রান্ত হয়। উভয় স্থলেই শ্লৈষ্মিক স্তর এবং কৌষিক বিধান মধ্যে প্রদাহজ স্রাব হয়।

সঙ্কাপ এবং জরায়ুর নিম্নাবতরণ জন্য ব্রডলিগামেণ্টের মধ্যস্থিত শিরা সমূহে অত্যধিক শোণিত সঞ্চিত হইলে উক্ত শিরা সমূহ পূর্ণ এবং কুঞ্চিত ভাব ধারণ করায় তৎস্থান কঠিন বোধ হয়। প্রকৃত পক্ষে ইহা প্রদাহ নহে। জরায়ু উত্থিত করিলেই রক্তাবেগ হ্রাস হয়। এইরূপ শোণিতপূর্ণাবস্থায় অস্ত্রোপচার করিলে শিরা প্রদাহিত হইতে পারে।

দূষিত পদার্থের শোষণ, প্রমেহ পীড়ার বিষ-সংস্রব কিম্বা অন্য কোন সংক্রমণ জন্য প্রথমে জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে প্রদাহ আরম্ভ হইয়া ক্রমে বিস্তৃত হয়। পেরিটোনিয়ম প্রদাহিত না হইলে প্রবল বেদনা উপস্থিত হয় না।

যোনির স্রাব,যন্ত্র এবং চিকিৎসকের হস্তসহ বিষাক্ত পদার্থ পরিচালিত হওয়ায় প্রদাহ উৎপন্ন হওয়া একটী সাধারণ ঘটনা। সামান্য পীড়ার চিকিৎসার সময়ে ঐ প্রণালীতে বিষাক্ত পদার্থ পরিচালিত হইয়া গুরুতর পীড়া উপস্থিত হওয়ার দৃষ্টান্ত সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায়। এই ঘটনার জন্য চিকিৎসক সম্পূর্ণ দায়ী, সুতরাং তাঁহাকে প্রত্যেক বিষয়ে সতর্ক হইয়া কার্য্য করা উচিত। রোগ পরীক্ষাই হউক বা অস্ত্রোপচারই হউক, সর্ব্বত্রই যোনি, ব্যবহার্য্য যন্ত্র ও হস্ত পচনোৎপাদক পদার্থ বিবর্জ্জিত হওয়া উচিত।

স্ত্রী-জননেন্দ্রিয়ের যে সমস্ত পীড়া দেখা যায় তৎসমস্তের মধ্যে পেরিমিট্রাইটিস জনিত আবদ্ধাবস্থা সংখ্যায় দ্বিতীয়। জরায়ুগ্রীবার সর্দ্দি প্রকৃতির প্রদাহ সংখ্যায় প্রথম। ইহাই ম্যাথুডনকানের মত।

লেখকের ন্যায় যাঁহারা বহুদিবস যাবৎ শবচ্ছেদ গৃহে বিশেষরূপে স্ত্রী জননেন্দ্রিয় পরীক্ষা করিয়া আসিতেছেন, তাঁহারা বোধ হয় স্বীকার করিবেন—উহা অত্যুক্তি নহে। অভ্যন্তরস্থিত জননেন্দ্রিয়ের সহিত সন্নিকটস্থিত কৌষিক বিধানের প্রদাহজ আবদ্ধাবস্থা প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায়। এইরূপ আবদ্ধাবস্থা প্রায়শঃ অণ্ডাধারে বর্ত্তমান থাকে।

বস্তিগহ্বরস্থিত শৈল্পিক এবং কৌষিক বিধানের প্রদাহসহ অনেক সময়েই অণ্ডবহানল এবং অণ্ডাধারের প্রদাহ উপস্থিত হয়।

পেরিমিট্রাইটিস।

কারণ।—জরায়ুর প্রদাহ, ও জরায়ুর অভ্যন্তরস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহ, অণ্ডাধারের প্রদাহ, অণ্ডবহানলের প্রদাহ, শোণিতের দূষিতাবস্থা, শৈত্য সংলগ্ন, আর্ত্তবস্রাব রোধ, গর্ভস্রাব, প্রসব, যোনি ও জরায়ুর অস্ত্রোপচার, জরায়ুগহ্বরের সাউণ্ড বা টেণ্ট প্রবেশ করান, প্রমেহ, অবিভক্ত হাইমেন জন্য আর্ত্তস্রাব আবদ্ধ, অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদ, জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ, টিউবারকেল, ক্যানসার। আঘাতজনিত ক্ষত-পথে বিষাক্ত পদার্থের প্রবেশ।

জরায়ুর প্রদাহ ফেলোপিয়ন নলপথেও বিস্তৃত হইয়া পেরিটোনিয়মে উপস্থিত হইতে পারে। কর্পোরিয়াল এণ্ডোমিট্রাটিসের উপসর্গ—স্যাল-ফিঞ্জাইটিস—পেলভিক পেরিটোনাইটিস। আর্ত্তবস্রাব সময়ে শৈত্যসংলগ্নে এণ্ডোমিট্রাইটিস হয়। আর্ত্তবস্রাব সময়ে সামান্য মাত্র আর্ত্তব শোণিত ফেলোপিয়ন নলপথে বস্তিগহ্বরের পেরিটোনিয়মে পতিত হইলে, বা গ্রাফিয়ান ফলিকল্‌স্ বিদীর্ণ হওয়ার সময়ে অণ্ডাধার হইতে পেরিটোনিয়মে শোণিত পতিত হইলে বস্তিগহ্বরের পেরিটোনিয়মে প্রদাহ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। এইরূপে নিঃসৃত শোণিতের পরিমাণ অধিক হইলে হিমেটোসিল এবং সামান্য পরিমাণ হইলে পরিণামে প্রদাহ উপস্থিত হয়।

বস্তিগহ্বরস্থিত পেরিটোনিয়মের তরুণ প্রদাহের কোন কোন স্থলে বিশেষ আণুবীক্ষণিক রোগজীবাণু প্রাপ্ত না হইলেও অধিকাংশ স্থলেই যে ষ্ট্রেপ্টোকোকাই এবং গণোকোকাই প্রাপ্ত হওয়া যায়। তৎসম্বন্ধে কোন সন্দেহ নাই।

যে প্রকার রোগজীবাণুর সংক্রমণে সূতিকা পীড়া উৎপন্ন হয়, তাহা জরায়ু সংশ্লিষ্ট যন্ত্রের পূয়োৎপাদক প্রদাহের পূয় মধ্যে বর্ত্তমান থাকে। ষ্ট্রেপ্টোকোকাস, পাইয়োজেনাস্, গণোকোকাস, ব্যাক্টেরিয়মকোলাই কমনি, ষ্ট্যাফিলোকোকাস, এবং টিউবার টিউলায়ব্যাসিলাই প্রভৃতি প্রাপ্ত হওয়া যায়।

বৈধানিক পরিবর্ত্তন।—পেরিমিট্রাইটিস সাধারণতঃ পীড়ার প্রকৃতি অনুসারে চারি শ্রেণীতে বিভক্ত হইয়া বর্ণিত হয়।

১ম। সাধারণ (Simple)।—পীড়িত ঝিল্লি আরক্ত বর্ণ এবং তাহার স্বাভাবিক উজ্জ্বলতা বিনষ্ট হয়। কিন্তু কোনরূপ লসীকাস্রাব হয় না।

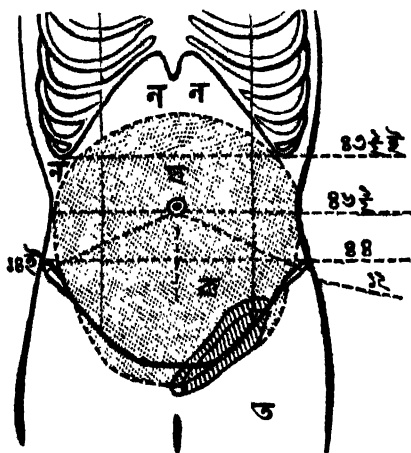
২। সংযোজক (Adhesive)।—প্রদাহিত অস্ত্রাবরক ঝিল্লির উপরে এক স্তর লসীকা নিঃসৃত হয়। ইহার স্থূলত্ব ব্লটিংকাগজের অনুরূপ।

৩। রসস্রাবী (Serous)।—এই শ্রেণীর প্রদাহ পূর্ব্বোক্ত শ্রেণীর অনুরূপ ; কেবল বিভিন্নতা এই যে, স্রাবিত রসের পরিমাণ বিভিন্ন এবং অধিক হওয়ায় লসীকাবৃত প্রদেশ পরস্পর পৃথক্ থাকে। ঝিল্লির উভয় স্তরের মধ্যে বিভিন্ন পরিমাণ রস সঞ্চিত হয়।

৪। পূয়স্রাবিক (Purulent)।—এই প্রকৃতির প্রদাহে পেরিটোনিয়মের স্তরদ্বয়ের মধ্যে পূয় সঞ্চিত হওয়ায় স্তরদ্বয় পরস্পর পৃথক হয়।

সংযোজক প্রদাহ ফলে যে লসীকা নিঃসৃত হয়, তদ্দ্বারা বস্তিগহ্বরস্থিত যন্ত্র একটীর সহিত অপরটী আবদ্ধ—আকর্ষিত এবং স্থানভ্রষ্ট হয়, অণ্ডাধার

ও অণ্ডবহানলই সচরাচর স্থানভ্রষ্ট হইয়া থাকে। এইরূপ আবদ্ধাবস্থা অল্প দিন মধ্যে অন্তর্হিত অথবা আজীবন স্থায়ী হইতে পারে।

রস বা পূয়োৎপত্তি হইলে স্বাভাবিক নিয়মানুসারে পেরিটো-নিয়ম গহ্বরের নিম্নাংশে অবস্থিত হয়। অধিকাংশ স্থলে প্রথমে ডগ-লাস পাউচ মধ্যে ঐরূপ স্রাব একত্রিত হইয়া থাকে। স্রাবের পরিমাণ

১০৪তম চিত্র।—বস্তিগহ্বরস্থিত পেরিটোনিয়মগহ্বরমধ্যে পূয় বা রস সঞ্চয়, ঊর্দ্ধাভিমুখে বিস্তৃত, কোষাবৃতাবস্থায় অবস্থিত। ঘ. পূর্ণগর্ভ ও ন. ন. ন. শূন্যগর্ভ, জরায়ু নিম্ন পার্শ্বদিকে স্থানভ্রষ্ট হইয়া বস্তিপ্রাচীরসহ আবদ্ধ। উদরপ্রাচীর কর্ত্তনপূর্ব্বক নল সংস্থাপন করায় আরোগ্য হইয়াছে।

অধিক হইলে ক্রমে ঊর্দ্ধাভিমুখে বিস্তৃত হয়, ক্রমে অধিক স্রাব হইলে জরায়ু সম্মুখাভিমুখে পিউবিসের দিকে স্থানভ্রষ্ট হয়। কখন কোন এক পার্শ্বে এবং কখন বা জরায়ুর সমস্ত পার্শ্ব পরিবেষ্টন করিয়া স্রাব সঞ্চিত হইয়া থাকে। স্রাবের পরিমাণ অত্যধিক হইলে উদরগহ্বরে প্রবিষ্ট হইয়া নাভিমণ্ডলের ঊর্দ্ধ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। অন্ত্রের ভাঁজ মধ্যে সীমাবিশিষ্ট স্থানে স্রাব, সংযোগ এবং সময়ক্রমে তাহা শোষিত

হইলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লির সেই অংশে কেবল প্রদাহজ স্থূলত্ব মাত্র বর্ত্তমান থাকে। কদাচিৎ আবরণ বিদীর্ণ হওয়ায় উক্ত স্রাব অন্ত স্থানে প্রবেশ করে। কখন কখন ২০—২৫ সের পরিমাণ স্রাব উদর-গহ্বর মধ্যে সঞ্চিত হইয়া থাকে।

বস্তিগহ্বরস্থিত পেরিটোনিয়ম এবং কৌষিক বিধান উভয়ের প্রদাহের ফলেই স্ফোটক উৎপন্ন হইতে পারে।

বস্তিগহ্বরস্থিত স্ফোটক সরলান্ত্র, যোনি, মূত্রাশয় এবং কদাচিৎ জরায়ু মধ্যে মুখ করিয়া পূয় বহির্গত হয়। কখন কখন কুঁচকী, উরুদেশের উর্দ্ধাংশ, সায়টিকনচ কিম্বা কটিদেশ ভেদ করিয়াও বহির্গত হইয়া থাকে।

সীমাবিশিষ্ট স্থান হইতে পূয় বহির্গত হইয়া সহসা অন্ত্রাবরক ঝিল্লির সাধারণ গহ্বর মধ্যে প্রবেশ করিলে উক্ত ঝিল্লির প্রবল প্রদাহ বা সেপ্টিসিমিয়া উৎপন্ন হওয়াই সাধারণ নিয়ম, কিন্তু কখন কখন উক্ত স্রাব ধীরে ধীরে শোষিত হওয়ায় রোগিণী আরোগ্য লাভ করে সত্য কিন্তু এইরূপ স্থলে বস্তিগহ্বরমধ্যে সংযোগজনিত কঠিনাবস্থার নিদর্শন স্বরূপ অর্ব্বুদবৎ গঠন নিঃশেষ হইয়া শোষিত হয় না। তজ্জন্য স্রাব স্বভাবকর্ত্তৃক শোষিত হইবে অনুমান করিয়া বিনা অস্ত্রোপচারে দীর্ঘকাল ফেলিয়া রাখা যুক্তিবিরুদ্ধ। এইরূপ অবস্থায় রাখিলে অনেক স্থলেই দূষিত পদার্থের শোষণ, কিম্বা অণ্ডাধার ও অণ্ডবহানলের অপকৃষ্টতা উপস্থিত হইয়া অনিষ্ট করে। পল্লীগ্রাম হইতে দীর্ঘকাল পীড়া ভোগ করিয়া তৎপর চিকিৎসার জন্য যে সমস্ত রোগিণী কলিকাতায় আইসে, তাহাদিগের মধ্যে অনেকের উক্ত অনিষ্টকর অবস্থা পরিলক্ষিত হয়।

লক্ষণ।—প্রদাহের প্রকৃতি অনুসারে ভিন্ন ভিন্ন রূপ লক্ষণ উপস্থিত হয়। তরুণ-প্রদাহে কম্প, দৈহিক উত্তাপের আধিক্য, ধমনী-স্পন্দ-

নের দ্রুতত্ব, জিহ্বা ময়লাবৃত, পাকস্থলীয় অসুস্থতা, বমন, উদরগহ্বরে বেদনা ও টনটনানী, উদরাধ্মান, পিপাসা, শিরঃপীড়া, অক্ষুধা, পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগের ইচ্ছা, এবং মলমূত্রত্যাগে কষ্ট ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়। তলপেটে সঞ্চাপ দিলে অত্যন্ত বেদনা বোধ করে। রোগিণী পদদ্বয় সঙ্কুচিত করিয়া উত্তানভাবে শয়ন করিয়া থাকে। উদরগহ্বর অল্পাধিক স্ফীত হইতে পারে। উদরের পেশী কঠিন; স্রাব সঞ্চিত হইলে অভ্যন্তরে গোলার ন্যায় পদার্থ অনুভূত হয়। আক্রমণের প্রথমাবস্থায় যোনি মধ্যে পরীক্ষা করিলে টনটনানী, পশ্চাৎ যোনি প্রাচীরের ঊর্দ্ধে তরল দ্রব্য পূর্ণ স্ফীততা, যোনি উষ্ণ ও স্ফীত, যোনির ছাদেও স্ফীততা অনুভূত হইতে পারে। জরায়ু একস্থানে আবদ্ধ ও তাহার চতুর্দ্দিকে স্রাবজনিত কঠিনাবস্থা, জরায়ু সম্মুখদিকে পিউবিসের সন্নিকটে থাকিলে তাহার পশ্চাতে সঞ্চিত স্রাব অনুভূত হওয়ার সম্ভাবনা। এই স্রাবের সঞ্চাপেই জরায়ু সম্মুখদিকে স্থানভ্রষ্ট হয়। স্রাব সম্মুখে থাকিলে জরায়ু পশ্চাতে স্থানভ্রষ্ট হইতে পারে।

পীড়া প্রবলভাব ধারণ করিলে মন্দ লক্ষণ সমূহ—দৈহিক উত্তাপ ১০৫ বা ১০৬; অনিবার্য্য বমন; ধমনী তারবৎ, সূক্ষ্ম, দ্রুত; মুখমণ্ডলের চিন্তাযুক্ত ভাব; উদরাধ্মান ও বেদনার বৃদ্ধি, এবং পরিশেষে প্রলাপ উপস্থিত হইতে পারে।

পীড়া মৃদুভাবে উপস্থিত হইলে ঐ সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত না হইয়া কেবল বস্তিগহ্বরে বেদনা, ও সামান্য কষ্ট বর্ত্তমান থাকে, তজ্জন্য প্রথমে চিকিৎসাধীন হয় না। চিকিৎসক যোনি পরীক্ষা করিয়া স্রাব স্থির করেন।

পুরাতন পীড়ায় জরায়ুর সঞ্চলনশীলতা থাকে না বা হ্রাস হয়। যোনির ছাদের কোন স্থানে স্থূলত্ব অনুভূত হয়। পীড়ার গতি নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। সাধারণতঃ প্রথমাবস্থায় পেরিমিট্রাইটিস হইতে

প্যারামিট্রাইটিস পৃথক্ করা যায় না। সামান্য পীড়া সহজে বিনা চিকিৎসায় আরোগ্য হইতে পারে। কখন স্রাব শোষিত হওয়ায় অন্যান্য যন্ত্রসহ আবদ্ধ হইয়া পড়ে, অণ্ডবহানলের মুখ আবদ্ধ হইলে পরিণামে বন্ধ্যাত্ব উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। অন্যান্য আনুষঙ্গিক পীড়াও উপস্থিত হয়। পূয়োৎপত্তি হইলে বস্তিগহ্বরে স্ফোটক উৎপন্ন হয়।

ভাবিফল। অনেক সময়েই আরোগ্য হয়। কখন কখন রজঃকৃচ্ছ্রতা, গমন-কষ্ট, বন্ধ্যাত্ব, পুনঃ পুনঃ প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে। উদরগহ্বরের পেরিটোনিয়ম আক্রান্ত হইলে ভাবিফল মন্দ হওয়ার সম্ভাবনা। এতৎসহ প্যারামিট্রাইটিস, পেলভিক এবসেস, সেপ্টিসিমিয়া হওয়া মন্দ লক্ষণ। পরম্পরিত ভাবে মিট্রাইটিস, জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা উপস্থিত হয়। নলের মুখ আবদ্ধ, রস সঞ্চয়, অণ্ডাধারের বিকৃতি এবং রজঃকৃচ্ছ্রতার জন্য বন্ধ্যা হয়। পুরাতন বেদনার পুনরাক্রমণ হইতে দেখা যায়। ব্যাপক প্রদাহ মন্দ।

নির্ণয়।—বস্তিগহ্বরস্থিত পেরিটোনিয়মের নিম্নে কৌষিক বিধান অবস্থিত। কিন্তু পশ্চাদংশের পেরিটোনিয়ম জরায়ু অপেক্ষা নিম্নে অবস্থিত হওয়ায় উভয়ের প্রদাহজ সঞ্চিত স্রাব নির্ণয়ের গোলযোগ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। নিম্নে উভয়ের পার্থক্য বর্ণিত হইল।

যোনির মধ্যে—সম্মুখে

পেরিমিট্রাইটিস।	প্যারামিট্রাইটিস।
গোলাকার পদার্থ কদাচিৎ অনুভবনীয়।	জরায়ু ও মূত্রাশয়ের মধ্যে যোনি পর্যন্ত বিস্তৃত গোলাকার পদার্থ অনুভবনীয়।

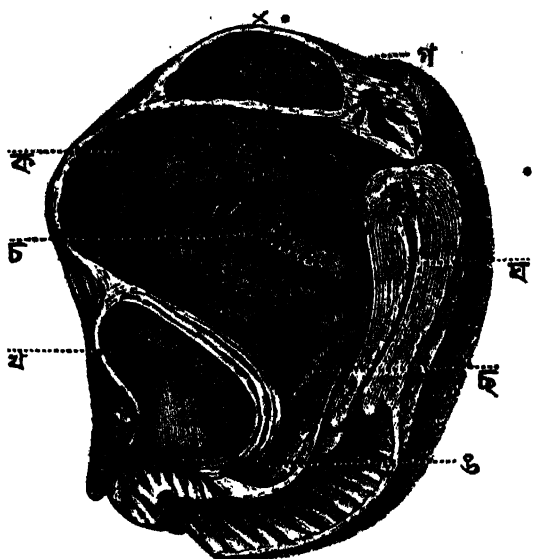
যোনির মধ্যে—পার্শ্বে

গোলাকার পদার্থ জরায়ু-গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের স্যান্নিন্ন হইতে ঊর্দ্ধে অনুভবনীয়। ঊর্দ্ধে সঞ্চালিত হয়। সহজে অনুভবনীয় নহে।	গোলাকার পদার্থ যোনির সংযোগস্থলের সমসূত্রে অবস্থিত। নিম্নাভিমুখী। সহজে অনুভবনীয়।

সরলান্ত্র মধ্যে—

স্ফীততা সরলান্ত্রের সম্মুখে অবস্থিত।	স্ফীততা সরলান্ত্রের সম্মুখ হইতে পার্শ্ব দিয়া পশ্চাদভিমুখে অর্দ্ধ-বলয়াকারে অবস্থিত।

পেরিমিট্রাইটিসে স্রাব সঞ্চিত হইলে অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদের সহিত ভ্রম হইতে পারে। উভয় অর্ব্বুদ তরল পদার্থ পূর্ণ, গোলাকার, জরায়ুর সন্নিকটে অবস্থিত।—সিরসপেরিমিট্রাইটিস্ জরায়ুর পশ্চাদপেক্ষা অধিক উপরে হইলে অধিক ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা। (১) সিরস পেরিমিট্রাইটিসের আরম্ভ সময়ে তাহার লক্ষণ—জ্বর ও বেদনা থাকে, কিন্তু অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদে তদ্রূপ কোন লক্ষণ উপস্থিত হয় না। (২) পেরিমিট্রিক রস-সঞ্চয়জনিত আবদ্ধ কিন্তু অণ্ডাধারের ক্ষুদ্র কোষার্ব্বুদ সঞ্চালনশীল। (৩) পেরিমিট্রিক সঞ্চিত রসের সম্মুখে কুণ্ডলীকৃত অন্ত্র আবদ্ধ থাকায় প্রতিঘাত শব্দ শূন্যগর্ভ অথচ অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদের প্রতিঘাত শব্দ পূর্ণগর্ভ অনুমিত হয়। কিন্তু অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদসহ পেরিমেট্রিক প্রদাহ হইয়া জ্বর, বেদনা, অর্ব্বুদ আবদ্ধ ও অর্ব্বুদের সম্মুখে অন্ত্র আবদ্ধ, অর্ব্বুদমধ্যস্থিত পদার্থ পূয়ে পরিণত এবং বিগলিত হইলে শূন্য-গর্ভ শব্দ উৎপন্ন হইতে পারে। এরূপ সংমিশ্রিত ঘটনার সন্দেহ হইলে রোগিণীকে এক পক্ষ কাল শয্যাগত রাখিয়া অর্ব্বুদোপরি টিংচার আইওডিন প্রলেপ দিলে পেরিমেট্রিক স্রাব হইলে তাহা কোমল এবং অপেক্ষাকৃত ক্ষুদ্র হইতে পারে। কিন্তু অণ্ডাধারের অর্ব্বুদ হইলে কোন পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয় না। পেরিমিট্রিক রসসঞ্চয় এবং অণ্ডা-ধারের কোষার্ব্বুদ একই সময় বর্ত্তমান থাকিতে পারে। (১০৫৩ম চিত্র দ্রষ্টব্য।)

আভ্যন্তরিক শোণিত স্রাব আকস্মিক ঘটনার ফল। রোগিণী বিবর্ণ এবং অবসন্ন হয়। রসসঞ্চয় প্রদাহের ফল—জ্বর এবং বেদনা হইয়া আরম্ভ হয়।

১০৫তম চিত্র।—প্রকৃত ঘটনা দৃষ্টে চিত্রিত। জরায়ুর সম্মুখ ও ঊর্দ্ধে পেরিমিটিক রসসঞ্চয়। ক—রসপূর্ণ গহ্বর, খ—মূত্রাশয়, গ—অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদ, ঘ—জরায়ু, ঙ—জরায়ু ও মূত্রাশয়ের মধ্যে সঞ্চাপিত সঞ্চিত রস, চ—ব্রড লিগামেণ্ট, ছ—ইউরিটার, ×—স্থানে ফেলোপিয়ন নল আবদ্ধাবস্থায় ছিল।

রস সংযত হইলে তরল পদার্থের সঞ্চালন অনুভূত বা শোষিত হয় না, নিরেট বোধ হয়। পূয়সঞ্চয়পীড়ার প্রকৃতি ভিন্নরূপ।

জরায়ুর বহির্দ্দেশে গর্ভ-সঞ্চারের ইতিবৃত্ত ভিন্ন—সম্ভবতঃ নিয়মিত আর্ত্তবস্রাবের নির্দ্দিষ্ট সময় অতীত হওয়ার দুই তিন সপ্তাহ পর বিনা অসুস্থতায় পুনর্ব্বার শোণিতস্রাব, জরায়ুর ডিসিডিউয়ার ছাঁচ বহির্গমন। ইহার অনুভবনীয় অর্ব্বুদাকার পদার্থ পেরিমিট্রিক অর্ব্বুদাপেক্ষা দক্ষিণে কিম্বা বামে অবস্থিত।

চিকিৎসা।—পীড়ার প্রকৃতির উপর চিকিৎসা নির্ভর করে। তরুণ অবস্থায় এক গ্রেণ মাত্রায় অহিফেন উপকারী, উদরের নিম্নাংশে শৈত্য প্রয়োগ এবং কেহ কেহ জলৌকা সংলগ্ন করিতে উপদেশ দেন। পিচকারী দ্বারা মলভাণ্ড এবং আবশ্যক মতে ক্যাথিটার দ্বারা মূত্রাশয় পরিষ্কার করিবে। পুরাতন অবস্থায় উদরের নিম্নাংশে ফোস্কা উৎপাদন করিলে উপকার হয়। আইওডিন প্রয়োগ উপকারী।

অধিক দিনের পীড়ায় শৈত্য ও পরিশ্রম এবং মধ্যে মধ্যে পীড়ার লক্ষণ উপস্থিত হইলে সঙ্গম পরিবর্জ্জনীয়। আইওডিন সহ উষ্ণসেক বিশেষ উপকারী। পীড়িত স্থানের উপরে আইওডিন প্রয়োগ করিলেও উপকার হয়। আইওডিন ʒi, ম্যাষ্টিক ʒi, রেক্‌টিফাইড স্পিরিট ℥i একত্রে মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিতে হয়। যোনি মধ্যে উষ্ণডুস, ডুসসহ লডেনম মিশ্রিত করিয়া লইলে অধিক উপকার হয়। পীড়ার পুনরাক্রমণের উপক্রম হইলে যোনি বা মলদ্বারের সন্নিকটে জলৌকা প্রয়োগ করিবে। ব্রোমাইড এবং আইওডাইড অফ্ পটাশ সেবন করাইবে। বমন নিবারণ জন্য অক্সেলেট অফ্ সিরিয়ম, বিসমথ, হাইড্রোসিয়ানিক এসিড, ক্লোরাইড অফ্ ক্যালসিয়ম, এবং বাইকার্ব্বনেট অফ্ পটাশ ও সোডিয়ম দ্বারা উচ্ছলৎ পানীয় ব্যবস্থা করিবে। উত্তেজনের জন্য অল্প মাত্রায় ব্র্যাণ্ডী ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। সোডাওয়াটার ও ব্র্যাণ্ডীসহ বরফ দিলে বমন নিবারণ হয়। বেদনা নিবারণ জন্য মর্ফিয়া উপকারী। তরল পথ্য দেওয়া আবশ্যক। নাড়ীর অবস্থা বিবেচনা করিয়া মাংসের ঝোল সহ অল্প মাত্রায় ব্র্যাণ্ডী ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। বমন জন্য পথ্য উদরে না থাকিলে মলদ্বারে পথ্যের পিচকারী দিবে।

তিন গ্রেণ মাত্রায় কুইনাইন তিন বার দিবে। উত্তাপ হ্রাস করার জন্য মস্তকে বরফের থলী প্রয়োগ উপকারী।

লক্ষণানুসারে অন্যান্য ঔষধ ব্যবস্থা করা উচিত। অন্ততঃ এক সপ্তাহকাল দৈহিক উত্তাপ স্বাভাবিক না থাকিলে শয্যা পরিত্যাগ করিতে দিবে না। বেদনা বর্ত্তমান থাকিলেও শয্যা পরিত্যাগ করা অনুচিত। প্রথম দুই এক দিবস ব্যতীত অহিফেন প্রয়োগ করিলে কোষ্ঠবদ্ধ হওয়ায় অনিষ্ট হইতে পারে।

প্রদাহ জন্য রস সঞ্চিত হইয়া থাকিলে বিশেষ কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত না হওয়া পর্য্যন্ত স্বভাবের উপর নির্ভর করিয়া শোষণের জন্য চেষ্টা করা কর্ত্তব্য।

স্রাব কর্ত্তৃক সন্তাপের গুরুতর লক্ষণ উপস্থিত হইলে ডগলাস পাউচ হইতে সূক্ষ্ম ট্রোকার বা এস্পিরেটার দ্বারা রস বহির্গত করিবে। স্রাব সংযত হওয়ার জন্য নলপথে বহির্গত না হইলে ঐ স্থানে কাঁচী দ্বারা কর্ত্তন করিয়া অঙ্গুলী প্রবেশোপযুক্ত ফাঁক হইলে অঙ্গুলীর দ্বারা সংযত স্রাব ইত্যাদি সমস্ত বহির্গত ও নল স্থাপন করিয়া আইওডোফরম গজ দ্বারা গহ্বর এবং যোনি পরিপূর্ণ করিয়া রাখিবে। এই নল প্রত্যহ পরিষ্কার এবং অনুগ্র পচননিবারক জল দ্বারা গহ্বর ধৌত করা আবশ্যক।

স্রাব উদর গহ্বর মধ্যে থাকিলে সন্তাপের কোন বিশেষ লক্ষণ উপস্থিত না হওয়ারই সম্ভাবনা। সুতরাং অস্ত্রচিকিৎসার জন্য আবশ্যকতা উপস্থিত হয় না।

বস্তিগহ্বরস্থিত অন্ত্রাবরক ঝিল্লির স্ফোটক।

Perimetric abscess (পেরিমিট্রিক এবসেস)

পূয়োৎপাদক প্রদাহে অন্ত্রাবরক ঝিল্লি গহ্বর মধ্যে পূয়োৎপত্তি ও ঐ পূয় সঞ্চিত হইয়া স্ফোটক উৎপন্ন হইলে তাহা পেরিমিট্রিক এবসেস নামে উক্ত হয়।

কোন সন্ধিস্থলে পাইমিয়ার জন্য পূয়োৎপন্ন হইলে ঐ পূয় যেমন শোষিত এবং সন্ধি পুনর্ব্বার কার্য্যক্ষম হয়, বস্তিগহ্বর মধ্যে সামান্য পরিমাণ পূয়োৎপন্ন হইলেও তদ্রূপ শোষিত হইয়া থাকে। কেবল পূয়ের পরিমাণ অধিক হইলে তাহা শোষিত হইতে না পারিলে স্ফোটকাকার ধারণ করে। এই পূয় বহির্গত না হইলে পুনর্ব্বার স্বাস্থ্যলাভ কঠিন।

সাধারণ স্ফোটকগহ্বর যেরূপ গোল বা বাদামী আকারের হয়, পেরিমেট্রিক এবসেস তাহা না হইয়া বিষমাকার ধারণ করে। কোন কোন পার্শ্ব বিস্তৃত হইতে পারে। সন্তাপে অন্ত্র সমূহ স্থানভ্রষ্ট হইলে অণ্ডাধারের অর্ব্বুদের আকৃতি ধারণ করিতে পারে। অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদ বিদীর্ণ হওয়াতেও এইরূপ স্ফোটক উৎপন্ন হইতে দেখা গিয়াছে।

কারণ।—অণ্ডবহানলের পূয়োৎপাদক প্রদাহ, অণ্ডাধার ও অন্ত্র হইতে সংক্রামক প্রদাহ বিস্তার, কটির গ্রন্থিতে পূয় সঞ্চার, এবং অন্যান্য কারণে বস্তিগহ্বরের পেরিটোনিয়ম মধ্যে স্ফোটক জন্মে।

নির্ণয়।—প্রদাহের প্রথম অবস্থায় তাহা সহজে আরোগ্য হইবে, কি পূয়োৎপন্ন হইবে, নির্ণয় করা অসম্ভব। এক সপ্তাহের অধিক পীড়ার স্থিতি, জ্বর ও বেদনার উপশম না হওয়া, স্থানিক টন্‌টনানী সীমাবদ্ধ হইয়া আইসা, এবং বিস্তৃত প্রদাহজ স্রাব উভয় হস্তের পরীক্ষায় স্থির হইতে পারে, এমত আয়তনের হইলে অর্ব্বুদবৎ অনুভব। ইহা প্রদাহজ রস সঞ্চিতাবস্থা কি না, তাহা স্থির করা আবশ্যক। হেক্‌টিক জ্বর এবং শরীর ক্ষয় স্থির করিয়া স্ফোটক স্থির করিবে। অন্ততঃ অধিক পূয় সঞ্চিত হইলে অণ্ডাধারের অর্ব্বুদের সহিত ভ্রম হইতে পারে। এই অর্ব্বুদে আবদ্ধতা এবং হেকটিক জ্বর থাকে না। অণ্ডাধারের অর্ব্বুদে পূয়োৎপন্ন হইলে মুখ না হওয়া পর্য্যন্ত পার্থক্য নির্ণয় কঠিন।

অণ্ডাধারে বা অণ্ডবহানলের পার্শ্বে কোন স্থানে ক্ষুদ্র স্ফোটক হইলে পূয়ের স্থান নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। এইরূপ স্থলে সাধারণ চিকিৎসায় জ্বর, বেদনা এবং অর্ব্বুদের কোন উপশম হয় না।

পীড়ার গতি।—স্ফোটক বিদীর্ণ বা কর্ত্তিত না হওয়া পর্য্যন্ত জ্বর এবং শরীর ক্ষয় হইতে থাকে। স্ফোটক বিস্তৃত অন্ত্রাবরক মধ্যে বিদীর্ণ হইলে মারাত্মক প্রদাহ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। অনেক সময়ে অন্ত্র মধ্যে বিদীর্ণ হয়, বৃহৎ অর্ব্বুদ ও অনিবার্য্য হেক্‌টিক জ্বর ছিল, সহসা অর্ব্বুদ বিলুপ্ত, ও মলদ্বার-পথে পূয় বহির্গত এবং জ্বর আরোগ্য হইল, এইরূপ স্থলে অন্ত্রপথে স্ফোটকের পূয় বহির্গত হওয়া সম্বন্ধে কোন সন্দেহ থাকিতে পারে না। অন্ত্রের উর্দ্ধাংশে স্ফোটক বিদীর্ণ হইলে পূয় মলসহ মিশ্রিত হইয়া বহির্গত হয়, তজ্জন্য তাহা স্থির হয় না। স্ফোটকের কারণ দূর হইলে ইহাতেই রোগিণী সুস্থতা লাভ করে, কিন্তু অভ্যন্তরের মূল কারণ বর্ত্তমান থাকিলে ক্রমেই অবসন্নতা বৃদ্ধি হওয়ায় মৃত্যু হওয়ার সম্ভাবনা। এইরূপ স্থলে কখন কখন স্ফোটকগহ্বরে বিষ্ঠা প্রবেশ করিতে পারে। কদাচিৎ যোনি এবং সরলান্ত্র—এই উভয় স্থানে একই সময়ে মুখ হইতে দেখা গিয়াছে। কখন কখন বিদীর্ণ না হইয়া এই অবস্থায় দীর্ঘকাল থাকিতে পারে।

চিকিৎসা।—স্ফোটকের অবস্থান এবং প্রকৃতি অনুসারে ভিন্ন ভিন্ন প্রণালী অবলম্বন করা উচিত।

ডগলাস পাউচ মধ্যে স্ফোটক হইলে যোনিপ্রাচীরে অস্ত্রোপচার করাই সুবিধা। যোনিপ্রণালী উত্তমরূপে ধৌত করিয়া সূক্ষ্ম ট্রোকার বিদ্ধ করতঃ স্রাবের প্রকৃতি স্থির করিবে। বাম হস্তের দুই অঙ্গুলী যোনি মধ্যে প্রবিষ্ট করিয়া তৎসাহায্যে কাঁচি দ্বারা পশ্চাৎ যোনি-প্রাচীরের ছাদে অঙ্গুলীপ্রবেশোপযুক্ত অনুপ্রস্থ কর্ত্তন করিয়া স্ফোটক গহ্বর মধ্যে অঙ্গুলী চালিত করিয়া তন্মধ্যস্থিত পদার্থ বহির্গত

করিয়া দিবে। স্ফীত অংশের নিম্নাংশে কর্ত্তন করিলে সহজে পূয বহির্গত হইয়া যায়। অঙ্গুলী প্রবিষ্টমাত্র স্ফোটক-গহ্বরে উপনীত না হইলে অঙ্গুলী দ্বারা তথাকার বিধান ছিন্ন করিয়া ক্রমে ঊর্দ্ধদিকে লইয়া গহ্বর মধ্যে প্রবিষ্ট করাইবে। আবশ্যক হইলে অঙ্গুলী দ্বারা বিদীর্ণ করিয়াই দুই অঙ্গুলী প্রবেশোপযুক্ত ফাঁক করিবে। গহ্বর মধ্যে কেশ, অস্থি বা অন্য কোন পদার্থ থাকিলে তাহা বহির্গত করিয়া আইওডোফরমগজ দ্বারা গহ্বর পূর্ণ করিয়া দিবে। যদিও এই স্থানের অস্ত্রোপচারে শোণিতস্রাব না হওয়ারই সম্ভাবনা, তথাচ আশঙ্কা নিবারণ জন্য আরও গজ দ্বারা সঙ্কাপ দেওয়াই নিরাপদ। ছুরি বা কাঁচী অপেক্ষা অঙ্গুলী দ্বারা মুখ বড় করায় সুবিধা এই যে (১) শোণিত স্রাবের আশঙ্কা অল্প, (২) পীড়িত বিধান সুস্থ বিধান অপেক্ষা অঙ্গুলী দ্বারা সহজে ছিন্ন হয়। (৩) গহ্বরের অবস্থা উত্তমরূপে পরীক্ষা করা যায়, (৪) পূয সহজে বহির্গত হয়।

কোন কোন চিকিৎসক এ স্থানে অস্ত্রোপচারের এই আপত্তি উপস্থিত করেন যে (১) যোনিপথে অস্ত্র করিলে অণ্ডাধার ও অণ্ডবহানলের অবস্থা সম্যক্ অবগত হওয়া যায় না (২) যদি ঐ যন্ত্রদ্বয়ের কোন পীড়া থাকে, তাহা যোনিপথে অস্ত্র করায় আরোগ্য না হওয়ারই সম্ভাবনা এবং (৩) অণ্ডাধারের একাধিক কোষার্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকিলে অন্যটী দ্রুত বর্দ্ধিত হওয়ার সম্ভাবনা। কিন্তু এই যুক্তি সৎপরামর্শসিদ্ধ নহে। কারণ অনেক সময় যোনিতে অস্ত্রোপচার করায় আরোগ্য হইতে দেখা গিয়াছে। কেবল ডারমেটইড সিষ্টে সচরাচর পূয়োৎপন্ন হইয়া থাকে। তাহা প্রায়ই একাধিক হয় না। এই স্থলে যোনিপথে অস্ত্রোপচার করিলেও আরোগ্য হওয়ার সম্ভাবনা। নালীঘা ক্রমে শুষ্ক হইয়া যায়। পরন্তু উদরগহ্বর উন্মুক্ত অস্ত্রোপচার ও অণ্ডাধারাদি দূরীভূত করা অত্যন্ত গুরুতর অস্ত্রোপচার—অনেক সময়ে জীবন নষ্ট

এবং পরিণামে শোচনীয় ফল হইতে দেখা যায়। সুতরাং প্রথমে যোনিপথে অস্ত্রোপচার করিয়া আরোগ্য করিতে অকৃতকার্য্য হইলে তৎপর উদরগহ্বর উন্মুক্ত করাই সৎপরামর্শসিদ্ধ।

ডগলাস পাউচের অনেক ঊর্দ্ধে স্ফোটক হইলে উদরগহ্বর উন্মুক্ত করাই সৎপরামর্শ।

যোনি পথে অস্ত্রোপচারের ফলে অনেক স্থলে পীড়া সম্পূর্ণ আরোগ্য না হইলেও ইহার দ্বারা অল্পই বিপদ সম্ভাবনা। অল্পবয়স্কা স্ত্রীলোকের পীড়ায় সমস্ত চিকিৎসা-প্রণালী ব্যর্থ না হইলে কখনই অণ্ডাধারাদি দূরীভূত করিবে না।

যতদূর সম্ভব পচননিবারক প্রণালী অবলম্বন করা উচিত। মূত্রাশয়, সরলান্ত্র, জরায়ুর শোণিতবহা এবং ইউরিটার আহত না হয়, তৎপক্ষে বিশেষ লক্ষ্য রাখা আবশ্যক। পেরিটোনিয়ম গহ্বর উন্মুক্ত না হইলে সাবধানে জলস্রোত চালিত করিয়া গজ বা নল সংস্থাপন করিবে। এতৎ সম্বন্ধে পরে উল্লিখিত হইবে।

বস্তিগহ্বরস্থিত কৌষিক বিধানের প্রদাহ।

প্যারামিট্রাইটিস্ (Parametritis)।

বস্তিগহ্বরস্থিত কৌষিক বিধানের প্রদাহ হইলে তাহা প্যারামিট্রাইটিস নামে উক্ত হয় সত্য কিন্তু কোন কোন চিকিৎসকের মতে জননেন্দ্রিয়ের কারণ-সম্ভূত প্রদাহ প্যারামিট্রাইটিস এবং অস্থি, অন্ত্র ইত্যাদি সংশ্লিষ্ট অন্য কারণসম্ভূত প্রদাহ পেলভিক সেলুলাইটিস (Pelvic cellulitis) নামে উক্ত হওয়া উচিত।

বস্তিগহ্বরস্থিত কৌষিক বিধান।—কৌষিক বিধান দ্বারা বস্তিগহ্বরের অধিকাংশ আবৃত—বস্তিগহ্বরের নিম্নাংশ এতদ্দ্বারা পরিপূর্ণ—কেবল মূত্রনালী, যোনি এবং সরলান্ত্র—এই তিনটী নল

উহার মধ্য দিয়া বহির্গত হইয়া আসিয়াছে। এই ঝিল্লির উর্দ্ধাংশে অন্ত্রাবরক ঝিল্লি অবস্থিত, পার্শ্বদিকে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির নিম্নস্থিত সংযোগ বিধান এবং ইঙ্গুইন্যাল ও ফেমর্যাল কেনাল পথে উরুদেশের কৌষিক বিধানের সহিত সংলগ্ন; পরন্তু স্যায়েটিক নচ দ্বারা নিতম্ব দেশসহ সম্মিলিত।

কৌষিক বিধান নলের অনুরূপ আকৃতি ধারণ করতঃ জরায়ুর সম্মুখ, পার্শ্ব, পশ্চাৎ—সকল দিক পরিবেষ্টন করিয়া অবস্থিতি করে। ইহা কর্ত্তন করিলে শুভ্রবর্ণবিশিষ্ট উজ্জ্বল দেখায়। জরায়ুর সম্মুখে মূত্রাশয় এবং পশ্চাতে সরলান্ত্র অবস্থিত জন্য এই স্থানের কৌষিক বিধান অপেক্ষাকৃত পাতলা, উর্দ্ধে আরও পাতলা হইয়া যাইয়া পেরিটোনিয়মের সন্নিকটে শেষ হইয়াছে, পশ্চাদপেক্ষা সম্মুখে কৌষিক বিধানের পরিমাণ কিঞ্চিদধিক। জরায়ুর উভয় পার্শ্বের ব্রড্ লিগামেণ্টের মধ্যস্থিত কৌষিক বিধান ত্রিকোণ, ইহার মূল দেশ নিম্নাভিমুখে অবস্থিত। সম্মুখ হইতে পশ্চাদভিমুখে ক্রমেই পাতলা হইয়া উর্দ্ধাভিমুখে গিয়াছে। যে স্থান দিয়া রাউণ্ড লিগামেণ্ট এবং অণ্ডাধারের লিগামেণ্ট গমন করিয়াছে, সেই স্থান অপেক্ষাকৃত স্ফীত; ইহারই অল্প উপরে—ফেলোপিয়ন নলের নিম্নে শেষ হইয়াছে (১০৬তম চিত্র)। গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের সমসূত্রে ইহা নক্ষত্রাকারে বিস্তৃত ও ঘনসন্নিবিষ্ট নলাকার ধারণ করিয়াছে। এই স্থানে জরায়ুর সকল দিকের বিধানই অপেক্ষাকৃত স্থূল। এই চক্র হইতে দুই শাখা বহির্গত ও পশ্চাদভিমুখে যাইয়া সরলান্ত্রের সম্মুখ ও পার্শ্বদেশ অর্দ্ধবলয়াকারে পরিবেষ্টন করিয়া রক্ষা করিতেছে। অপর দুইটী শাখা সম্মুখদিকে আসিয়া মূত্রাশয়ের মূলের উভয় পার্শ্বে শেষ হইয়াছে। জরায়ুর উভয় পার্শ্বে যে দুই শাখা গিয়াছে—তাহা অপেক্ষাকৃত বিস্তৃত; এতন্মধ্য দিয়া জরায়ুর শোণিতবহা, স্নায়ু এবং লসীকাবহী সমূহ গমন করিয়াছে। বস্তিগহ্বরস্থিত

১০৬তম চিত্র।—সম্মুখ হইতে পশ্চাদভিমুখে দ্বিধা বিভক্ত বস্তিগহ্বরের কৌষিক বিধানের অবস্থান এবং বিস্তৃতিসম্বন্ধে দৃশ্য। ক—ফেলোপিয়ন নল, খ—অণ্ডাধারের লিগামেন্ট ও রাউণ্ড লিগামেন্ট, গ—কৌষিক বিধান, ঘ—ইউরিটার, ঙ—মূত্রাশয়, চ—জরায়ুগ্রীবা, ছ—সরলান্ত্র।

কৌষিক বিধান সৌত্রিক বিধান সংস্রবে জরায়ুর অভ্যন্তর ঝিল্লি হইতে বস্তিপ্রাচীরের অন্ত্যাবরক ঝিল্লি পর্য্যন্ত বিস্তৃত।

গর্ভধারণের পর ব্রড লিগামেণ্টের সন্নিকটস্থিত কৌষিক বিধানের পরিমাণ অধিক ও পেরিটোনিয়ম ঊর্দ্ধে অবস্থিত হয়। প্রসবের পর জরায়ু স্বাভাবিক অপেক্ষা এক ইঞ্চ ঊর্দ্ধে থাকায় ফলে জরায়ুর উভয় পার্শ্বে পেরিটোনিয়মে বর্দ্ধিত-ত্রিকোণ স্থান উৎপন্ন হয়। ভেসিকো-ইউটিরাইন পাউচ পেলভিস ব্রিমের সমসূত্রে অবস্থিতি করে। পুপার্টস লিগামেণ্টের পশ্চাতে শিথিল কৌষিক বিধান দেখা যায়। এতৎসহ

জরায়ুর পার্শ্বস্থিত কৌষিক বিধান সন্নিবিষ্ট থাকে। গর্ভ না হইলে এই সকল পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয় না।

বস্তিগহ্বরের এবং লেবিয়ার সংযোগ বিধানের মধ্যস্থলে লিভেটার এনাই পেশী (ডিপর্কেসিয়া) অবস্থিত হওয়ায় এই পেশী বিদীর্ণ না হইলে বস্তিগহ্বরের কৌষিক বিধানের প্রদাহ লেবিয়াতে এবং ইস্কিওরেক্টাল ফসায় বিস্তৃত হইতে পারে না।

প্যারামিট্রাইটিস সম্বন্ধে অভিজ্ঞতা লাভ করিতে হইলে প্রথমেই উল্লিখিত কৌষিক বিধান সমূহের অবস্থান সম্বন্ধে অভিজ্ঞতা লাভ করা আবশ্যক।

কারণ।—সূতিকাবস্থায় দূষিত পদার্থের শোষণ; জরায়ুর অস্ত্রোপচার, গ্রীবার ছিন্নবিচ্ছিন্নতা; অপরিষ্কার টেণ্ট, টেম, বা অগুরূপ পদার্থের আঘাত; কৌষিক অর্ব্বুদ।

প্লুরিসীর সহিত যেরূপ পেরিমিট্রাইসের সাদৃশ্য দেখা যায়, আঙ্গুল-হাড়ার সহিত তদ্রূপ প্যারামিট্রাইটিসের সাদৃশ্য দেখা যায়। অঙ্গুলীতে পরিষ্কার বস্তুর দ্বারা ঘা হইলে বিশেষ কোন প্রদাহ না হইয়া সহজেই শুষ্ক হইয়া যায়। কিন্তু অপরিষ্কার বিষাক্ত পদার্থ দ্বারা ঘা হইলে প্রবল প্রদাহ ও ঐ প্রদাহ বাহু হইতে ক্রমে বিস্তৃত হইয়া কক্ষ পর্য্যন্ত উপস্থিত হয়। অথচ অঙ্গুলীর কোন্ ক্ষত স্থান দিয়া বিষ প্রবিষ্ট হইয়াছিল, তাহা প্রায়ই অনুভূত হয় না। প্রসবান্তে জরায়ুপথে প্রবল বিষাক্ত পদার্থ প্রবেশ করিলে অল্প সময়ের মধ্যে মৃত্যু হইতে পারে; আবার মৃদু প্রকৃতির বিষাক্ত পদার্থ প্রবিষ্ট হইলে সামান্য প্রদাহ সীমা-বিশিষ্ট হইয়াও থাকা সম্ভব। পচননিবারক প্রণালীতে কার্য্য করিলে প্রদাহ না হওয়ারই সম্ভাবনা। আহত হওয়ার অল্প সময় পর কিম্বা ১৫।২০ দিন পরেও প্রদাহ-লক্ষণ প্রকাশ পায়।

জরায়ু, অণ্ডাধার বা অন্ত্রের ক্যানসার জন্য কখন কখন প্যারা-

মিট্রাইটিস হইতে দেখা যায়, টিউবারকেলজনিত ক্ষোটক হওয়া অতি বিরল ঘটনা।

জরায়ুগ্রীবা ও যোনির আঘাত, প্রসব বা গর্ভস্রাব জন্ত প্যারা-মিট্রাইটিস উৎপন্ন হয় ; কিন্তু এমন অনেক ঘটনা হয় যে, আমরা প্রকৃত কারণ নির্ণয় করিতে অকৃতকার্য্য হই।

বৈধানিক পরিবর্ত্তন।—প্রদাহ জন্ত সাধারণতঃ চারি প্রকার পরি-বর্ত্তন উপস্থিত হয়।

১। রক্তাধিক্য (Congestion)

২। প্রদাহজ রস সঞ্চয় (Effusion)

৩। পূয়োৎপত্তি (Suppuration)

৪। পচন (Gangrene)

সাধারণতঃ কৌষিক বিধান মধ্যে প্রদাহজ রস সঞ্চিত হওয়ার পর তাহা শোষিত হইয়া যায়। ব্রডলিগামেণ্টের স্তরদ্বয়ের মধ্যে রস সঞ্চিত হওয়ায় তাহা এক কি দুই ইঞ্চ পরিমাণ ফাঁক হইতে দেখা গিয়াছে ; এই স্রাব শ্লৈষ্মিক, তন্মধ্যে রক্ত রস সঞ্চিত থাকে। কখন বা উক্ত স্রাব সৌত্রিক বিধানে পরিবর্ত্তিত, আবরক উপাস্থিবৎ কঠিন, মধ্যস্থলে শুভ্রবর্ণ কঠিন বা পীতাভ মেদবৎ পদার্থ এবং যোনির ঊর্দ্ধাংশ হইতে অণ্ডাধারের লিগামেণ্ট পর্য্যন্ত সমস্ত অংশ জড়ীভূত হইয়া গোলা-বৎ হয়। জরায়ুর সকল দিকেই ঐরূপ অবস্থা হইতে পারে এবং জরায়ু আবদ্ধ হইয়া থাকে। সময়ক্রমে এই স্রাব অম্ল, কোমল এবং সঙ্কোচনীয় হইতে পারে। সরলান্ত্রের সংলগ্ন অংশ অর্দ্ধবলয়াকার ধারণ করে, এতদ্বারা সরলান্ত্র সঙ্কোপিত হওয়ার সম্ভাবনা। ইহা একটী বিশেষ লক্ষণ।

প্রদাহ প্রবল হইলে পূয়োৎপত্তি হওয়ায় স্ফোটক উৎপন্ন হয়। এ অবস্থায় উপশম না হইলে আক্রান্ত বিধান পচিয়া যায়। সাধারণতঃ

জ্বর, বেদনা এবং স্ফীততা কয়েক দিবস স্থায়ী হয়, তৎপর স্রাব শোষিত হইলে কোন চিহ্ন থাকে না। এই প্রকৃতির পীড়াই অধিক হয়।

প্রথমে স্রাব সঞ্চিত স্থান কোমল, তৎপর কঠিন এবং পূয়োৎপন্ন হইলে পুনর্ব্বার কোমল ও তরল দ্রব্য সঞ্চালন অনুভূত হয়।

জরায়ুর সকল পার্শ্বেই ঐরূপ স্রাব সঞ্চিত হইতে পারে। স্রাবের পরিমাণ অধিক হইলে প্রথমে স্রাবের সঞ্চাপে জরায়ু অপর পার্শ্বে স্থান-ভ্রষ্ট কিন্তু স্রাব শোষিত হইতে আরম্ভ হইলে ইহার বিপরীত অর্থাৎ স্রাবের দিকেই আকর্ষিত হইয়া স্থানভ্রষ্ট হয়। প্রদাহজ পুরাতন স্রাব শোষিত হইয়া আকুঞ্চিত হওয়ার সময়ে ব্রডলিগামেণ্ট, অণ্ডাধার বা নল ইত্যাদি আকর্ষিত ও সঞ্চাপিত হওয়ায় দীর্ঘকালস্থায়ী বেদনা হয়। জরায়ু যে পার্শ্বে আকর্ষিত হয়, তাহার বিপরীত পার্শ্বস্থিত ব্রডলিগামেণ্ট সটান হওয়াতে তদ্দিকেও বেদনা হইতে পারে। কিন্তু সামান্য পীড়ায় এই সমস্ত গুরুতর পরিবর্ত্তন কদাচিৎ হইতে দেখা যায়।

লক্ষণ।—তরুণ প্রবল প্রদাহে কম্পদিয়া জ্বর আইসে। দৈহিক উত্তাপ ১০২—১০৪ পর্য্যন্ত হয়। নাড়ী দ্রুত, উদরের নিম্নাংশে বেদনা, সরলান্ত্রের অসুস্থ ভাব—কোষ্ঠবদ্ধ, বমন এবং জ্বরের অন্যান্য লক্ষণ উপস্থিত থাকে। এই অবস্থায় যোনির মধ্যভাগ উষ্ণ ও স্ফীত বোধ হয় এবং কখন কখন ধমনীস্পন্দন অনুভূত হয়। ইহার অল্প পরেই যোনির ছাদে—জরায়ুর পশ্চাতে রসসঞ্চয়জনিত বেদনাযুক্ত ক্ষুদ্র গোলায় অনুভব হয়, সরলান্ত্রমধ্যে পরীক্ষা করিলেও এই অবস্থা অবগত হওয়া যায়।

তৎপর স্রাবের পরিমাণ অধিক, জরায়ু স্থানভ্রষ্ট ও আবদ্ধ হইলে পীড়ার সম্বন্ধে আর কোন সন্দেহ থাকে না। যে পার্শ্ব পীড়িত হয় সেই পার্শ্বের ঊরু সঙ্কুচিত করিয়া রাখা একটী বিশেষ লক্ষণ। মিট্রা-ইটিসেও এই লক্ষণ উপস্থিত হয়; কিন্তু উভয় ঊরু সঙ্কুচিত করিয়া

রাখে। সোয়াস এবং ইলায়কস্ পেশীর আবরণ আক্রান্ত হয়। তথায় স্ফোটক উৎপন্ন, কিম্বা সোয়াস পেশীর সন্নিকটে স্ফোটক উৎপন্ন হওয়ার উপক্রম হইলেও এই লক্ষণ উপস্থিত হয়।

অনেক সময়ে এমতও দেখিতে পাওয়া যায় যে, জননেন্দ্রিয়ের কোন পীড়া আছে, রোগিণী এমত কোন লক্ষণই প্রকাশ না করিয়া চিকিৎসককে অন্য পীড়ার লক্ষণ বলিয়া থাকে। তজ্জন্য অনেক সময়ে ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা।

জরায়ুগ্রীবার এক পার্শ্বে প্রাবসক্তিত হইলেও জরায়ু তদ্বিপরীত পার্শ্বে স্থানভ্রষ্ট হয়। আক্রান্ত পার্শ্বের গ্রীবা ক্ষুদ্র ও ছাদের স্বাভাব বিলুপ্ত হয়।

স্ফোটক উৎপন্ন হইলে গোলা মধ্যে তরল পদার্থের সঞ্চালন অনুভব করা যায়। প্রতিঘাত শব্দ পূর্ণগর্ভ কিন্তু অন্ত্র ব্যবধান থাকিলে ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা। কখন কখন স্ফোটক বিদীর্ণ হইয়া যাওয়ার পর দীর্ঘকাল যাবৎ নালীঘা বর্ত্তমান থাকে। নালীর মধ্যে ৩।৪ ইঞ্চ পর্য্যন্ত শলাকা প্রবেশ করে। রোগিণী ক্রমে সুস্থতা লাভ করে এবং সময় ক্রমে নালীঘাও আপনা হইতে আরোগ্য হইয়া যায়।

পুরাতন ভাবাপন্ন হইলে সঞ্চালনে কষ্ট, জরায়ুর মধ্যে দপ্‌দপানী, এবং রজনীতে জরভাব হয়। শরীর ক্রমে শুষ্ক হইতে থাকে। স্রাব পূয়ে পরিণত হইলে পূয়-স্রাবের লক্ষণ উপস্থিত এবং পূয় কোন স্থান দিয়া বহির্গত হওয়ার জন্য মুখ হওয়ার উপক্রম ও মুখ হইয়া পূয় বহির্গত হইয়া যায় সত্য। কিন্তু দীর্ঘকাল অতীত না হইলে আপনা হইতে স্ফোটক বিদীর্ণ হয় না।

স্রাব কঠিন হইয়া বস্তিগহ্বরের মধ্যে বৃহৎ অর্ব্বুদের আকৃতিতে অবস্থিত হইলে মল মূত্রাশয়ের কষ্ট উপস্থিত হয়।

রোগিণী দীর্ঘকাল যন্ত্রণা ভোগ করিয়া অবসন্ন হইয়া পড়ে। কিন্তু

প্রায়ই পূয়ে পরিণত হইয়া সরলান্ত্র, যোনি, বা উদরপ্রাচীরে মুখ হওয়ায় পূয় বহির্গত হইয়া যায়।

উপসর্গ।—পীড়িত পার্শ্বের জানুসন্ধির তরুণ প্রদাহ, কখন বা অন্ত পার্শ্বের সন্ধি আক্রান্ত ও তন্মধ্যে রস বা পূয় সঞ্চিত হয়। পীড়িত পার্শ্বেই উরুর ফ্লেগ্‌মেসিয়া ডোলেন্স (Phlegmasia dolens) উপস্থিত হয়।

ভাবিফল।—প্রদাহ আরোগ্য হইলে স্রাব সমূহ শোষিত হয়, প্রবল প্রদাহে পূয়োৎপন্ন হওয়ার পরিণাম ভিন্ন ভিন্ন রূপ হইতে পারে।

পীড়ার বিস্তৃতি।—(১) প্রদাহ জরায়ুগ্রীবায় আরম্ভ এবং তথায় সীমাবদ্ধ, কিম্বা (২) নিম্নদিকে রাউণ্ড লিগামেণ্ট দিয়া কুঁচকীতে, (৩) উর্দ্ধদিকে সংযোগতন্তুর সংস্রবে কিডনির সন্নিকটে, (৪) ইলিয়াক ফসায়, এবং (৫) কখন বা উর্দ্ধদিকে উদরপ্রাচীরে,—পেরিটোনিয়ম মধ্যে বিস্তৃত হয়।

স্ফোটক হইলে যে কোন দিকে যাইতে পারে। পেলভিক ব্রিম হইতে উরু পর্য্যন্ত—সায়েটিক নচ দ্বারা নিতম্ব দেশে, অবটিউরেটার ফোরেমন দ্বারা উরুর উর্দ্ধাভ্যন্তর অংশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়।

স্ফোটকের মুখ কুঁচকী, পুপার্টস্ লিগামেণ্টের উর্দ্ধ ও নিম্ন, যোনি, সরলান্ত্র, মূত্রাশয় এবং কদাচিৎ অন্ত্র মধ্যে বিদীর্ণ হয়। এক মুখ পুপার্টস্ লিগামেণ্টের নিম্নে ও অপর মুখ যোনিমধ্যে হইতে পারে। সেরূপ স্থলে স্ফোটকের পৃথক্ পৃথক্ গহ্বর থাকার সম্ভাবনা।

নির্ণয়।—হিমেটোসিল, জরায়ুর বহির্দ্দেশে গর্ভসঞ্চার, পেলভিক্ পেরিটোনাইটিস এবং সৌত্রিক অর্ব্বুদসহ ভ্রম হইতে পারে। ২৭৬ পৃষ্ঠায় লিখিত কোষ্টক্ নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ মিল করিয়া দেখিলেই ভ্রম দূর হইতে পারে।

চিকিৎসা।—পেরিমিট্রাইটিসের চিকিৎসা প্রণালী প্যারামিট্রাইট্রাইসেও অবলম্বন করিতে হয়। রোগিণীকে শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয্যাগত

রাখিয়া পীড়ার প্রবল অবস্থায় অহিফেন ব্যবস্থা করিবে। উদরের নিম্নাংশে এবং যোনি মধ্যে বরফ বা লিটারের ইরিগেটার দ্বারা শৈত্য প্রয়োগ করা আবশ্যক। কেহ কেহ উষ্ণ ডুস সহ পচননিবারক ঔষধ মিশ্রিত করিয়া প্রত্যহ ৪।৫ বার প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন। পাতলা করিয়া উষ্ণ পুলটিস দিলেও উপকার হয়। উদরের নিম্নাংশে লাইকর ইপিস্প্যাষ্টিকাস দ্বারা ফোস্কা করা যাইতে পারে। তরল পোষক পথ্য যথেষ্ট দেওয়া উচিত। পুরাতন পীড়ায় আইওডাইড অফ্ পটাশিয়ম্, ষ্ট্রন্সিয়ম বা সোডিয়ম সহ ব্রোমাইড ও বলকারক ঔষধ ব্যবস্থা করিবে। স্রাব শোষিত না হইলে পারক্লোরাইড অফ্ মার্কারী সহ বার্ক কিম্বা পার সায়নাইড অফ্ মার্কারী ($\frac{1}{32}$ গ্রেণ), কুইনাইন, (২ গ্রেণ), জেন-সিয়নের সার ও রুটীর ফুলকা দিয়া বটিকা প্রস্তুত করতঃ প্রত্যহ তিন বটিকা সেবন করিতে দিবে। লক্ষণানুসারে অন্যান্য ঔষধ ব্যবস্থা করা উচিত। চিকিৎসা সম্বন্ধে সাধারণতঃ নিম্নলিখিত কয়েকটী বিষয় বিবেচনা করা উচিত।

১। এপোষ্টলীর প্রণালীতে বৈদ্যুতিক স্রোত প্রয়োগ উপকারী।

২। ক্রমাগত উষ্ণডুস প্রয়োগ প্রদাহ নাশ এবং স্রাব শোষিত হওয়ার সাহায্যকারী।

৩। তরুণ পীড়ার প্রবলাবস্থায় এণ্টিফেব্রিন্, ফেনেসিটিন্, এবং অন্য উত্তাপহারক ঔষধ সমূহ প্রয়োগ করিলে উপকার হয়।

৪। পুরাতন অবস্থায় এণ্ডোমিট্রাইটিস থাকিলে গ্রীবা প্রসারিত করতঃ জরায়ুগহ্বর চাঁছিয়া পচননিবারক জল দ্বারা ধৌত করা উপকারী।

৫। পুরাতন পীড়ায় পারক্লোরাইড অফ্ মার্কারী সেবন করাইলে উপকার হয়।

৬। স্রাব সঞ্চিত হওয়ার অল্পপরেই পচননিবারক প্রণালীতে এস্পিরেটার দ্বারা তাহা বহির্গত করিয়া দিলে উপকার হয়। সূচিকা কয়েক স্থানে অর্দ্ধ ইঞ্চ পরিমাণ প্রবেশ করাইতে হয়। বিশেষরূপে পচননিবারক প্রণালী অবলম্বন কর্ত্তব্য। কোন ধমনী বিদ্ধ না হয়; তৎপক্ষে সতর্ক হওয়া উচিত।

৭। পূয়োৎপন্ন হওয়া মাত্র তাহা বহির্গত করিয়া দিবে। ক্ষুদ্র কর্ত্তন প্রসারিত এবং তন্মধ্যে অঙ্গুলী প্রবিষ্ট করাইয়া গহ্বর পরিষ্কার করা উচিত।

পার্থক্য-নির্ণায়ক কোষ্টক।

প্যারামিট্রাইটিস্	পেরিমিট্রাইটিস্	বস্তিগহ্বর মধ্যে সঞ্চিত শোণিত।	সৌত্রিক অর্ব্বুদ।
সাধারণতঃ প্রসব, গর্ভস্রাব বা জরায়ুর অস্ত্রোপচার সংশ্লিষ্ট। পচন সংস্রব কারণ।	ঐ সকল কারণ হইতেই হয় সত্য, কিন্তু আর্ত্তবস্রাব সময়ে অনিয়ম হইলেও হইতে পারে। অণ্ডাধারের প্রদাহ, অস্ত্রাবরকগহ্বর মধ্যে তরল পদার্থ প্রবেশ। সাধারণতঃ প্রমেহপীড়া প্রধান কারণ।	অনিয়মিত আর্ত্তবস্রাব; আঘাত; জরায়ু, যোনি বা যোনিমুখাবরোধ; অণ্ডবহা-নল মধ্যে গর্ভসঞ্চার সর্ব্বপ্রধান কারণ।	বিশেষ প্রকৃতিতে অতি ধীরে সমভাবে বৃদ্ধি হয়। বস্তিগহ্বর মধ্যের অসুস্থতার ইতিবৃত্ত।
তরুণ জ্বরের লক্ষণ সামান্য, তাহা অপ্রণিধানেও যাইতে পারে।	তরুণজ্বরের লক্ষণ অপেক্ষা-কৃত প্রবল; বিবমিষা, বমন, টন্‌টনানী, উদরাধ্মান, বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা।	সহসা উপস্থিত হয়, শোণিত স্রাবের লক্ষণ, প্রদা-হের লক্ষণ ব্যতীত উপস্থিত হয়, পরে পেরিটোনাইটিসের লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে।	জ্বরের লক্ষণ থাকে না, অত্যধিক আর্ত্তবস্রাব ও শোণিত-স্রাবের ইতিবৃত্ত থাকে।
স্থানিক কাঠিন্য পার্শ্বদেশে অনুভূত হয়।	স্থানিক কাঠিন্য পশ্চাতে বা সম্মুখে বর্ত্তমান থাকে।	স্থানিক কাঠিন্য কোন কুল-ডি-স্যাকে বিশেষতঃ ডগলাসের পাউচে বর্ত্তমান এবং জরায়ু [illegible]স্থানচ্যুতাবস্থায় থাকে।	স্থানিক কাঠিন্য, জরায়ু-সহিত সম্বন্ধ।

যোনি মধ্যে স্ফীততা সহজ অনুভবনীয়, স্ফীতস্থান প্রথমে কোমল জলভরে, মধ্যে কঠিন এবং শেষে পূয়োৎপন্ন হইলে পুনর্ব্বার কোমল হয়।	স্ফীততা সাধারণতঃ জরায়ুর পশ্চাদংশে স্থিত, কোন পার্শ্বে হইলে যোনিমধ্যে পরীক্ষা করিলে প্রায়শঃ অঙ্গুলি তত ঊর্দ্ধে যায় না।	স্ফীততা সাধারণতঃ পশ্চাৎ কুল-ডি-স্যাক বা ডগলাস পাউচ মধ্যে অবস্থিত।	স্ফীততা জরায়ুসহ সম্মিলিত ও তৎসহ সঞ্চালিত হয়। অর্ব্বুদ আরম্ভ হইতেই কঠিন গোলাকার। গ্রীবায় বিশেষ প্রকৃতির অনুভব।
বেদনা বর্ত্তমান থাকে কিন্তু পেরিমিট্রাইসের ন্যায় তত প্রবল নহে।	বেদনা অত্যন্ত প্রবল, স্ফীততা আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্বেই বেদনা আরম্ভ হয়।	স্ফীততা আরম্ভ হওয়ার পরে বেদনা আরম্ভ হয়।	বেদনা না থাকারই সম্ভাবনা। চৈতন্যাধিক্য হয় না।
এক পার্শ্বের উরু সঙ্কুচিত করিয়া থাকে।	উভয় পার্শ্বের উরু সঙ্কুচিত করিয়া থাকে।		
জরায়ুর সঞ্চলনশীলতা ক্রমে হ্রাস, পার্শ্বদিকে স্থানভ্রষ্ট হয়। অথবা আবদ্ধ থাকে।	জরায়ু অল্প সঞ্চালিত হয়। প্রায়শঃ আবদ্ধ থাকে।	হিমেটোসিলের অবস্থান অনুসারে জরায়ুস্থানভ্রষ্ট হয়।	জরায়ু সাধারণতঃ সঞ্চলনশীল থাকে।
স্ফীততা তত বিস্তৃত ভাবাপন্ন নহে।	স্ফীততা বিস্তৃত ভাবাপন্ন, প্রথমে কঠিন থাকিয়া পরে কোমল হইতে থাকে।	স্ফীততা প্রথমে কোমল এবং পরে ক্রমে কঠিন হয়।	

কর্ত্তন করার পূর্ব্বে সাবধানে সরলান্ত্র এবং কোলন পরীক্ষা করা উচিত। অনেক সময়ে প্যারামিট্রাইটিস্ সহ উহাদিগের কোন পীড়া বর্ত্তমান থাকিলে ভ্রম বশতঃ অন্ত্র আহত হইতে পারে। এইরূপ ভ্রমে বিষম অনিষ্ট হয়।

পিউরপারল ইলিয়াক প্যারামিট্রাইটিস্ (Puerperal iliac Parametritis)—প্রসবান্তে সূতিকাবস্থায় এক কি দুই দিন বা এক কি দুই সপ্তাহপর কম্প দিয়া জ্বর ও বেদনা এবং বমন ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়। কিন্তু পেরিটোনাইটিসের ন্যায় কোন লক্ষণ প্রবল হয় না। দুই এক দিন পরে যোনি মধ্যে একপার্শ্বে গোলার অনুভব এবং ক্রমে তাহার বৃদ্ধি হইয়া ঊর্দ্ধ ও সম্মুখ দিকে বিস্তৃত হইয়া পুপার্টস্ লিগামেন্টের ঊর্দ্ধে ইলিয়াক ফসায় বিস্তৃত হয়। গোলা মধ্যরেখার একপার্শ্বে থাকে। স্রাব শোষিত হইতে আরম্ভ হইলে ক্রমে ক্ষুদ্র হইয়া যায়। ট্র্যান্সভার্সলিস ফেসিয়া ও পেরিটোনিয়মের মধ্যস্থিত কৌষিক বিধান মধ্যে লসীকাস্রাব হওয়ায় স্ফীততা উপস্থিত হয়। প্রদাহিত কৌষিক বিধান দ্বারা সোয়াস ও ইলিয়াকস পেশী আবৃত থাকায় তদ্দিকের পদ সঞ্চালনে বেদনা হওয়ায় সেই পদ সঙ্কুচিত করিয়া রাখে। প্রদাহ আরোগ্য না হইলে অল্প দিনের মধ্যেই পূয়োৎপন্ন হইতে দেখা যায়। স্রাব শোষিত হইতে প্রায় এক মাস সময় লাগে, তৎপরে কোন চিহ্নই থাকে না। কদাচিৎ সৌত্রিক বিধানে পরিবর্ত্তিত হওয়াতে জরায়ু আবদ্ধ হয়। অণ্ডাধার ও নল আক্রান্ত হইলে পীড়া দীর্ঘকাল-স্থায়ী হইতে পারে।

পূয়োৎপত্তি হইলে জ্বর ও বেদনা বর্ত্তমান থাকে, স্ফীততা ক্রমে বৃহৎ ও কঠিন এবং পরে উপরের ত্বকে শোথ, আরক্তবর্ণ, তলতলে হইয়া ইণ্টারন্যাল এবডোমিনাল রিং এর উপরে মুখ হওয়ার উপক্রম হইলে তথা দিয়া পূয় বহির্গত হইতে পারে। এই পর্য্যন্ত জ্বর, বেদনা

এবং শরীর ক্ষয় হইতে থাকে। পূয বহির্গত হইয়া গেলেই উক্ত লক্ষণ সমূহ অন্তর্হিত হয়। তিন মাসের মধ্যে আরোগ্য হইতে পারে। স্ফীততার আকৃতি এবং অবস্থান দৃষ্টে রোগ নির্ণীত হয়।

লক্ষণানুসারে পূর্ব্ববর্ণিত নিয়মে চিকিৎসা করা উচিত। স্ফীত স্থানে টিংচার আইওডিন প্রলেপ দিলে উপকার হওয়ার সম্ভাবনা। পূয়োৎপত্তি হইলে যদিও তাহা আপনা হইতে মুখ করিয়া বহির্গত হইয়া যায় সত্য তথাচ তজ্জন্ত বিলম্ব না করিয়া কর্ত্তন করিয়া পূয বহির্গত এবং স্ফোটক গহ্বর মধ্যে নল সংস্থাপন ও আইওডোফরম গজ দ্বারা আবৃত করিয়া দিলে শীঘ্র উপকার হয়। দুর্ব্বলাবস্থায় সুরা ব্যবস্থা করা উচিত।

প্রসবান্তে কৌষিক বিধানে ইরিসিপেলাস (Phlegmonous Erysipelas) প্রদাহ হইলে ২।৩ দিবস মধ্যে মৃত্যু হওয়ার সম্ভাবনা। লসীকা স্রাব হওয়ার সময় হয় না জন্ত রোগ নির্ণীত হইতে পারে না।

ইলিয়াক প্যারামিট্রাইটিস সূতিকাবস্থা ব্যতীতও হইতে পারে। ইহার লক্ষণ সমূহ ধীরভাবে প্রকাশ পায়।

রিমোট প্যারামিট্রাইটিস্ (Remote Parametritis)। জরায়ু হইতে দূরবর্ত্তী স্থানে, জরায়ুর সন্নিকটবর্ত্তী প্রদাহ আরোগ্য হওয়ার পর অন্য স্থানে প্রদাহ হইলে তাহা রিমোট প্যারামিট্রাইটিস নামে উক্ত হয়। এরূপ দৃষ্টান্ত সংগৃহীত আছে যে, ঐরূপ অবস্থায় নাভির সন্নিকটে, উরু এবং নিতম্বদেশে এইরূপে কৌষিক বিধানের প্রদাহ হইয়া পূয়োৎপন্ন হইতে পারে। পরস্পর সংযোগ জন্য এইরূপ হওয়ার সম্ভাবনা।

ক্রণিক এট্রোফিক প্যারামিট্রাইটিস্ (Chronic atrophic Parametritis)।—(১) বস্তিগহ্বরস্থিত কৌষিক বিধানের তরুণ প্রদাহ শেষ হইয়া পুরাতন ভাবাপন্ন—নিঃসৃত লসীকা সৌত্রিক বিধানে পরিণত হওয়ায় তাহা কোমল ও শিথিল না হইয়া অথবা সামান্য কোমল হইয়া

দীর্ঘকাল একই অবস্থায় থাকিলে কিম্বা (২) মুত্রাশয়, সরলান্ত্র বা জরায়ুর পুরাতন প্রদাহ ফলে পরম্পরিত ভাবে—বস্তিগহ্বর-স্থিত কৌষিক বিধানের পুরাতন ভাবাপন্ন প্রদাহজ স্রাব হওয়ায় উক্ত বিধান সীমা-বিশিষ্টরূপে স্থূল হইলে অথবা (৩) উক্ত সীমাবদ্ধ প্রদাহ বিস্তৃত ভাবাপন্ন হইয়া দীর্ঘকালস্থায়ী হইলে, বা জরায়ুর সন্নিকটস্থিত প্রদাহ বিস্তৃত হইলে উৎপন্ন সৌত্রিক বিধান দীর্ঘকাল প্রায় একই অবস্থায় স্থায়ী এবং শোণিত ও রসবহা সঙ্কোপিত হইলে নানা পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়—ইউরিটার আবদ্ধ, কুঞ্চিত, ও গ্রীবার সন্নিকটে অবস্থিত; শিরা সমূহ প্রশস্ত, বিষম আকৃতি বিশিষ্ট; মল, মূত্রাশয় ও জরায়ুর পুরাতন সর্দ্দি, প্রদাহ; অণ্ডবহানল স্থূল ও আকুঞ্চিত এবং যোনি ক্ষুদ্র ও মসৃণ হয়। এই প্রকৃতির প্রদাহ মিসোকোলন পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে। উক্ত তিন প্রকৃতির প্রদাহই ক্রনিক এট্রোফিক প্যারামিট্রাইটিস নামে অভিহিত হয়। এই প্রদাহে আবদ্ধযন্ত্র বস্তি-প্রাচীরের সন্নিকটে অবস্থিত; ফ্র্যাঙ্ক হাউ সারের গ্যাংগ্লিয়নের আবরণের প্রদাহ, এবং স্নায়ু সূত্র ও স্নায়ুকোষ আংশিক ক্ষয় প্রাপ্ত হয়।

বালিকাদিগের দীর্ঘকাল স্থায়ী রক্ত আমাশয়ের পীড়া, সঙ্গমেন্দ্রিয় সমূহের অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধনাবস্থায় অত্যাধিক সঙ্গম, প্রৌঢ়াবস্থায় সঙ্গম সংশ্লিষ্ট যন্ত্রের অত্যধিক ও অস্বাভাবিক উত্তেজনা—অবসন্নতা উৎপাদক ক্রিয়াই এই রোগোৎপত্তির প্রধান কারণ মধ্যে পরিগণিত।

বিশেষ কোন নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ নাই। বস্তিগহ্বর মধ্যে নিয়ত বেদনা বোধ—বেদনার স্থান ও প্রকৃতি আক্রান্ত বিধানের কাঠিন্যের উপর নির্ভর করে। হিষ্টিরিয়া একটী প্রধান লক্ষণ। অন্যান্য স্নায়বীয় লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে।

বিশেষ কোন ঔষধ নাই। শান্ত সুস্থির অবস্থায় অবস্থান, সুনিদ্রা, পোষক পথ্য, এবং বায়ু পরিবর্ত্তন করিলে সময়ক্রমে উপকার হয়।

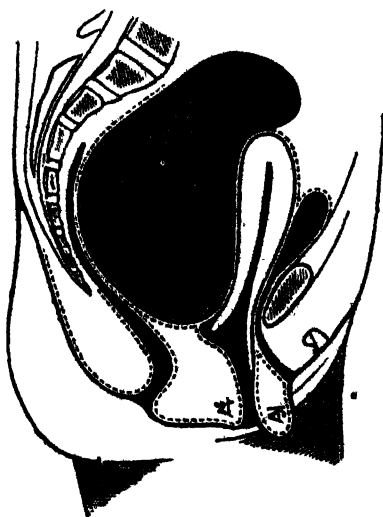
পীড়িত স্থানে হস্ত সঞ্চালনে উপকার হয় সত্য, কিন্তু জননেন্দ্রিয়ে ঐরূপ হস্ত সঞ্চালন, স্নায়ু শক্তি সহ্য করিতে পারে কি না সন্দেহ। অনেকে আবদ্ধতা ভগ্ন করিয়া দিতে উপদেশ দেন, কিন্তু তাহাতে শোণিতস্রাব, পেরিটোনাইটিস ইত্যাদি হওয়ার সম্ভাবনা, তাহা স্মরণ রাখা উচিত।

পঞ্চদশ অধ্যায়।

বস্তিগহ্বর মধ্যে শোণিত-স্রাব।

(Pelvic Hæmorrhage. পেলভিক হেমরেজ)

বস্তিগহ্বর মধ্যে অল্প বা অধিক ও পেরিটোনিয়ম বা কৌষিক বিধান মধ্যে শোণিতস্রাব হইতে পারে। শেষোক্ত বিধান মধ্যে শোণিতস্রাব হইলে তৎক্ষণাৎ কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হয় না কিন্তু পেরিটোনিয়ম মধ্যে অত্যধিক শোণিত স্রাব হইলে অত্যন্ত বিবর্ণ, ওষ্ঠাধর পাংশুটে, নাড়ী দুর্ব্বল ও দ্রুত, অঙ্গশাখা শীতল, শক্তি ক্ষয়, চাঞ্চল্য এবং মূর্চ্ছা ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত—এমন কি, শীঘ্রই মৃত্যু হইতে পারে। মৃত্যুর পূর্ব্ব পর্য্যন্ত জ্ঞানের কোন বৈলক্ষণ্য হয় না। শ্বাস-কষ্ট বোধ করে সত্য, কিন্তু প্রকৃত পক্ষে শ্বাসকষ্ট হয় না। বেদনা তত প্রবল হয় না। ছট্ ফট্ করা অত্যন্ত মন্দ লক্ষণ। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি মধ্যে অধিক পরিমাণ শোণিত নিঃসৃত হইলেই ঐরূপ লক্ষণ উপস্থিত হয় সত্য কিন্তু জরায়ুগ্রীবার সংযোগ বিধানের সীমা অল্পদূরব্যাপী জন্য সহসা তন্মধ্যে অধিক শোণিত সঞ্চিত না হওয়ায় ঐরূপ প্রবল লক্ষণের পরিবর্ত্তে সামান্য লক্ষণ প্রকাশ হয়।

বস্তিগহ্বরের শোণিত স্রাব সাধারণতঃ পেলভিক হিমেটোসিল (Hæmatocele) নামে উক্ত হইত, কিন্তু শোণিত নিঃসৃত হইয়া সংযত ও ডিপ্‌ফেসিয়ার ঊর্দ্ধে সীমাবদ্ধ হইলেই তাহা হিমেটোসিল নামে উক্ত হয়। ইহা পেরিটোনিয়মের অভ্যন্তরে হইলে ইন্ট্রাপেরি-টোনিয়াল এবং পেরিটোনিয়মের নিম্নে কৌষিক বিধান মধ্যে হইলে উক্ত স্রাব একষ্ট্রাপেরিটোনিয়াল হিমেটোসিল; পরন্তু ডিপ্‌-ফেসিয়ার নিম্নে কৌষিক বিধান মধ্যে শোণিত সঞ্চিত হইলে তাহা পেলভিক হিমেটোমা বা থ্রম্বস্ (Hæmatoma or Thrombus) বলা হয়। সাধারণ কথায় ঐ সমস্তই হিমেটোসিল বলা হয়।

১০৭তম চিত্র।—রেট্রোহিমেটোসিল্ অর্থাৎ জরায়ুর পশ্চাদংশে শোণিত সঞ্চিত।

জরায়ুর পশ্চাতে ডগলাস্ পাউচ মধ্যে শোণিত সঞ্চিত হইলে রেট্রোহিমেটোসিল এবং জরায়ু ও মূত্রাশয়ের মধ্যের পেরিটো-

ত্রিয়ম মধ্যে শোণিত সঞ্চিত হইলে তাহা এন্টি-হিমেটোসিল (Ante-Hæmatocele) নামে উক্ত হয়। এই শেষোক্ত হিমেটোসিল্ কদাচিৎ হইয়া থাকে।

অনেকে বস্তিগহ্বরের মধ্যের সর্ব্বপ্রকার শোণিত স্রাবই হিমেটোসিল সংজ্ঞা দেওয়া বিশুদ্ধ মনে করেন না।

কারণ। বস্তিগহ্বরস্থিত শোণিতস্রাব সাধারণতঃ উৎপত্তির কারণানুসারে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত।

১। গর্ভ সংশ্লিষ্ট। ২। মিশ্র কারণ সম্ভূত।

(১) গর্ভ সংশ্লিষ্ট।—নলীয় গর্ভ সঞ্চার। গর্ভস্রাব। মোলার গর্ভ। জরায়ু বিদারণ (গর্ভ সঞ্চারের প্রথমাবস্থা)

(২) মিশ্র কারণ সম্ভূত।

আর্ত্তব স্রাবোৎপত্তি রোধ	মানসিক ধাক্কা, শৈত্য সংলগ্ন, সঙ্গম।
অণ্ডাশয় ও অণ্ডবহানল সংশ্লিষ্ট	অণ্ডাশয় ও অণ্ডবহা নলের বিদারণ।
আঘাত সংশ্লিষ্ট	ওভেরিওটমী প্রভৃতি অস্ত্রোপচার, আঘাত, পতন, বেগ, টেণ্ট ব্যবহার, অত্যধিক সঙ্গম।
পেরিমিট্রাইটিস ও প্যারামিট্রাইটিস	শোয়েডার প্রভৃতির মত।
শোণিতের অস্বাভাবিক অবস্থা	রক্তাল্পতা, রক্তাধিক্য, পার্পুরা, আইমোটিক পীড়া, কাঁওল।
আর্ত্তব প্রভৃতি শোণিত স্রাব রোধ	ফেলোপিয়ন্ নল, জরায়ু, যোনি কিম্বা যোনি দ্বার রোধ।

আর্ত্তব স্রাবের বয়সে—হিমেটোসিল উৎপন্ন হয়। সাধারণতঃ ২৫—৩৫ বৎসর্ বয়সে অধিক হইয়া থাকে। অল্প বয়সে হিমেটোসিল উৎপন্ন হওয়া অতি বিরল ঘটনা। অনপত্যকা অপেক্ষা অপত্যকার অধিক হয়।

জরায়ুর বহির্ভাগে—অণ্ডবহানলমধ্যে গর্ভসঞ্চার হওয়ার পর তাহা বিদীর্ণ হইয়াই অধিকাংশ স্থলে হিমেটোসিল উৎপন্ন হইয়া থাকে। উক্ত স্থলের গর্ভ প্রায়ই তিন মাসের মধ্যেই বিদীর্ণ হইয়া থাকে। নলের নিম্নাংশ বিদীর্ণ হইলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লির বহির্ভাগে এবং অপর অংশ বিদীর্ণ হইলে অভ্যন্তরে শোণিত সঞ্চিত হয়।

আর্ত্তবস্রাবের শোণিত অণ্ডবহানলের মধ্য দিয়া গমন করিয়া অন্ত্রাবরক ঝিল্লিগহ্বর মধ্যে অবস্থিত হইলেও হিমেটোসিল উৎপন্ন হয়।

আর্ত্তবস্রাব সময়ে বস্তিগহ্বরস্থিত সমস্ত যন্ত্রে রক্তাধিক্য হওয়াই হিমেটোসিলের পূর্ব্ববর্ত্তী কারণ। এই অবস্থায় অণ্ডবহানলের অভ্যন্তর অস্ত অত্যধিক প্রসারিত থাকিলে অথবা জরায়ু-গ্রীবার আক্ষেপ অথচ ঊর্দ্ধাংশ শিথিল থাকিলে, আর্ত্তব শোণিত ঊর্দ্ধগামী হইয়া নলের অভ্যন্তর দিয়া অন্ত্রাবরক ঝিল্লির গহ্বর মধ্যে প্রবেশ করিলে হিমে-টোসিল উৎপন্ন হয়।

আর্ত্তব স্রাব সময়ে প্রবল শারীরিক পরিশ্রম, গুরুভার দ্রব্য উত্তো-লন, প্রবল আতঙ্ক এবং শৈত্যসেবার জন্যও বস্তিগহ্বর মধ্যে শোণিত নিঃসৃত হইয়া সঞ্চিত হইতে পারে।

গ্রাফিয়ান ফলিকল বিদীর্ণ হওয়ার সময়ে অধিক শোণিত স্রাব হইলে হিমেটোসিল উৎপন্ন হয়।

ব্রড লিগামেণ্ট বা জরায়ুর আবরক শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির শিরা বিদীর্ণ হওয়ায় এক্ষ্ট্রা ও ইণ্ট্রা-পেরিটোনিয়াল হিমেটোসিল উৎপন্ন হয়।

অণ্ডাধার ও কচিৎ জরায়ু বিদীর্ণ হওয়ার জন্য পেলভিক হিমেটোসিল হইয়া থাকে।

কৃচ্ছ্রসাধ্য রক্তাল্পতা, মারাত্মক কাঁওল, সংক্রামক জ্বর এবং পার্পুরা ইত্যাদি কারণেও বস্তিগহ্বরে শোণিত স্রাব হয় সত্য কিন্তু গর্ভ সংশ্লিষ্ট কারণ—বিশেষতঃ নলীয় গর্ভ সঞ্চার হইলে তাহা বিদীর্ণ হওয়ায়

জন্যই অধিকাংশ স্থলে বস্তিগহ্বরে শোণিত স্রাব হয়। নলীয় গর্ভ বিদারণের পরেই গর্ভস্রাব প্রধান কারণ মধ্যে পরিগণিত।

লক্ষণ—কচিৎ কোন স্থলে পূর্ব্বে শোণিত-স্রাব হইয়াছিল এমত বিবরণ অবগত হওয়া যায়। অবসন্নতা, মূর্চ্ছা, বস্তিগহ্বর মধ্যে বেদনা ও ভারবোধ, বমন, দৈহিক উত্তাপ হ্রাস, নাড়ী দুর্ব্বল ও দ্রুত ইত্যাদি লক্ষণ ক্রমে প্রবল হইতে থাকিলে রোগিণীর মৃত্যু হয়। এই সমস্ত প্রবল লক্ষণ অস্রাবরক ঝিল্লি গহ্বর মধ্যে অত্যধিক শোণিত স্রাব নির্দ্দেশক। নিঃসৃত শোণিতের পরিমাণ অনুসারে প্রবল বা মৃদু লক্ষণ উপস্থিত হয়। প্রবল শোণিত স্রাবের পর প্রায় ৪৮ ঘণ্টার মধ্যে প্রতিক্রিয়া উপস্থিত হইলে কম্প, উত্তাপাধিক্য, ত্বক্ উষ্ণ, এবং নাড়ীর প্রকৃতি পরিবর্ত্তিত হয়। যোনি মধ্য দিয়া শোণিত স্রাব আরম্ভ হয়। উদর পরীক্ষা করিলে সটান বোধ হয়। উদর স্ফীত, প্রতিঘাত শব্দ নিরেট বোধ। ইহা উদরের নিম্নাংশেই স্পষ্ট অনুভব হয়।

যোনি মধ্যে পরীক্ষা করিলে সচরাচর জরায়ুর পশ্চাদংশে এবং কদাচিৎ সম্মুখাংশে প্রথমাবস্থায় পরিষ্কার কোমল, এবং আংশিক তরল পদার্থের সঞ্চালন অনুভবনীয় স্ফীততা অনুভূত হয়। পশ্চাতে শোণিত সঞ্চিত হইলে জরায়ু সম্মুখে এবং সম্মুখে শোণিত সঞ্চিত হইলে জরায়ু পশ্চাতে—সরলান্ত্রের অভিমুখে স্থানভ্রষ্ট হয়। মূত্রাশয় সঙ্কাপিত, মূত্রাবরোধ, বা মূত্রকৃচ্ছ্রতার লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। সরলান্ত্র সঙ্কাপিত হওয়ার মলত্যাগে কষ্ট বা উত্তেজনার লক্ষণ উপস্থিত হয়। রক্ত আমাশয়ের পীড়ার লক্ষণ হইতে পারে। অল্প সময় পর জরায়ু আবদ্ধ, ও গোলার পদার্থ কঠিন হয়। ইহার পরে আর শোণিত স্রাব না হইলে স্রাব শোষিত এবং অর্ব্বুদ কঠিন হইতে আরম্ভ হয়। পূয়ে পরিণত হইলে তাহা সরলান্ত্র বা যোনি পথে বহির্গত হওয়ার সম্ভাবনা। কদাচিৎ পেরিটোনিয়ম গহ্বরেও পূয় যাইয়া থাকে। কখন কখন অতি ধীরে

ধীরে স্রাব শোষিত হয়। পূয়োৎপত্তি হইলে বিপজ্জনক পেরিটো-নাইটিস্, দূষিত পদার্থের শোষণ—সেপ্টিসিমিয়া হওয়ার আশঙ্কা প্রবল থাকে।

অধিক শোণিত নিঃসৃত হইলে তাহা উদরগহ্বরে নাভির ঊর্দ্ধ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে। ২৪ ঘণ্টার পর অন্ত্রাবরক ঝিল্লির সংযোজক প্রদাহ উৎপন্ন হইলে তাহার লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। ঊর্দ্ধ হইতে সঞ্চাপ পতিত হইলে জরায়ু স্বাভাবিক অপেক্ষা নিম্নে অবস্থিত হইতে পারে।

জরায়ুর গ্রীবার কৌষিক বিধান মধ্যে শোণিত স্রাব হইলে যে পার্শ্বে স্রাব হয়, জরায়ু তাহার বিপরীত দিকে স্থানভ্রষ্ট হয়।

নির্ণয়।—পুরাতন অবস্থায় রোগ নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। জরায়ুর পশ্চাদ্দিকে স্থানভ্রষ্টতা, পেরিমিট্রিক রস সঞ্চয়, জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ, ডগলাস পাউচ মধ্যে অর্ব্বুদ বা কোষোৎপত্তি, এবং ব্রডলিগামেণ্টের অর্ব্বুদ থাকিলে তৎসহ পার্থক্য নির্ণয় আবশ্যক।

নিম্নলিখিত কয়েকটী বিষয়ে প্রণিধান করিলে ভ্রম দূর হওয়ার সম্ভাবনা।

রোগোৎপত্তির বৃত্তান্ত।—গর্ভ সঞ্চারের লক্ষণ, আর্ত্তবস্রাবোৎপত্তি রোধ, আকস্মিক আঘাতাদি, অস্ত্রোপচার, সংক্রামক পীড়া, কৃচ্ছ্রসাধ্য রক্তাল্পতা, এবং জরায়ু বা যোনি-রোধ।

অকস্মাৎ উৎপত্তি, এবং সহসা প্রবল লক্ষণের আবির্ভাব।

শোণিত স্রাব।

অকস্মাৎ উৎপন্ন অর্ব্বুদের অবস্থান—জরায়ুর পশ্চাতে (সাধারণতঃ)। পার্শ্বে নহে।

অর্ব্বুদের উৎপত্তি—বেদনা যুক্ত, দ্রুত বর্দ্ধন। প্রথমে কোমল এবং পরে ক্রমিক সঙ্কোচন ও কঠিন ভাব।

উভয় হস্ত ও সাউণ্ড পরীক্ষায় জরায়ুর অবস্থান ও আয়তন, সঞ্চালন

শীলতা; পূয়োত্তব এবং অর্ব্বুদের-ক্রমিক আয়তন হ্রাস অবগত হওয়া যায়।

ভাবিফল।—অনেক সময়েই পরিণাম-ফল মন্দ হয়। অন্ত্রাবরক ঝিল্লির বাহ্যদেশ অপেক্ষা অভ্যন্তরে শোণিতসঞ্চয়ের পরিণাম-ফল অধিকতর মন্দ। সাধারণতঃ পুনঃ পুনঃ শোণিত স্রাব জনিত অবসন্নতা, সন্তাপ-জনিত বেদনা, সেপ্টিসিমিয়া এবং পেরিটোনাইটিস্ হওয়ায় মন্দ ফল হইয়া থাকে। নিঃসৃত শোণিতের পরিমাণ অল্প হইলে শোষিত হওয়ার সম্ভাবনা।

চিকিৎসা।—শান্ত সুস্থির ভাবে শায়িতা রাখিয়া উদরের নিম্নাংশে বরফ প্রয়োগ করা উচিত। মুখ দ্বারা আর্গট এবং অধঃত্বাচিক প্রণালীতে নিতম্বদেশে ৩—৫ গ্রেণ মাত্রায় আর্গটিণ প্রয়োগ করিবে। প্রতিক্রিয়া আরম্ভ হইলে মুখ এবং মলদ্বার দ্বারা অহিফেন প্রয়োগ করা আবশ্যক। কুইনাইন সহ ডিজিটেলিস; অবসন্নতা হইতে রক্ষার জন্য উত্তেজক—বরফসহ ব্র্যাণ্ডী ব্যবস্থা করিবে। কোন্ অবস্থায় কি প্রণালীতে কতদূর সতর্ক হইয়া অস্ত্রোপচার করিতে হয়, তাহা পূর্ব্বে উল্লেখ করা হইয়াছে। পুনরুল্লেখ নিষ্প্রয়োজন।

নলীয় গর্ভ সঞ্চার জন্যই অনেক স্থলে বস্তিগহ্বর মধ্যে শোণিত-স্রাব হয়; তদ্রূপ স্থলে উদর-গহ্বর কর্ত্তন করিয়া উক্ত শোণিত বহির্গত করার আবশ্যক হইতে পারে। এতৎ সম্বন্ধে রোগিণীর অভিভাবকদিগকে পূর্ব্বেই কর্ত্তব্য স্থির করার জন্য সতর্ক করিয়া দেওয়া উচিত। দৈহিক উত্তাপের আধিক্য, ধমনীস্পন্দনের দ্রুতত্ব, বমন, বেদনা, এবং স্থানিক স্ফীততা ইত্যাদি সমস্ত লক্ষণ ক্রমে বৃদ্ধি পাইতে থাকিলে উক্ত গুরুতর অস্ত্রোপচার করার আবশ্যক হইতে পারে।

জরায়ুর বহির্ভাগে গর্ভসঞ্চার কি না, তাহা সাবধানে স্থির করা উচিত। পূর্ব্ববৃত্তান্ত হইতে অনেক সাহায্য প্রাপ্ত হওয়া যায়—নির্দ্দিষ্ট

আর্ত্তব স্রাবের সময় অতীত হওয়ার পর কয়েক সপ্তাহ অতীত হইয়াছে, অথচ আর্ত্তব স্রাব হয় নাই, কোন পার্শ্বের কুঁচকীর উপরে—তলপেটে বেদনা, গর্ভ সঞ্চার হইয়াছে—এমত বোধ, প্রাতঃবমন, স্তনের পূর্ণতা ভাব। যোনি-পরীক্ষায় জরায়ু ঈষৎ বড় এবং কোন এক পার্শ্বে স্বাভাবিক অবস্থাপেক্ষা অল্প স্থূল ও সঞ্চালনীয় অর্ব্বুদবৎ পদার্থ অনুভব করিলে জরায়ুর বহির্ভাগে গর্ভসঞ্চার অনুমান করা যাইতে পারে। অনেক স্থলেই প্রথম একবার সামান্য একটু বিদীর্ণ হইয়া অল্প শোণিত স্রাব ও উক্ত শোণিত সংযত হওয়ায় শোণিত স্রাব বন্ধ হয়। এই ঘটনায় কোরিওনিক ভিলাই বা ভ্রূণ বিনষ্ট হইলে আর শোণিতস্রাব না হইয়া হিমেটোসিল উৎপন্ন ও তাহা শোষিত হইতে থাকে। কিন্তু ভ্রূণ বিনষ্ট না হইলে তাহা ক্রমে বর্দ্ধিত হইতে আরম্ভ হওয়ায় পুনর্ব্বার শোণিতস্রাব আরম্ভ হয়। এইরূপে ভ্রূণের বা মাতার মৃত্যু না হওয়া পর্য্যন্ত পুনঃ পুনঃ হইতে থাকে। বিনষ্ট ভ্রূণ শ্লেষ্মী বা কার্ণিয়স মোলে পরিণত হয়। এতৎ সম্বন্ধে অণ্ডবহানলের পীড়ার সহিত উল্লিখিত হইবে।

পেরিটোনিয়মের মধ্যে পরিমিত শোণিত স্রাব হইলেও ঐ প্রণালীতেই চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য—রোগিণীকে শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয়ান করাইয়া তরল পথ্য দিয়া নিঃসৃত শোণিত শোষণের জন্য অপেক্ষা করিবে। বেদনা নিবারণ জন্য মর্ফিয়া ও কোষ্ঠবদ্ধ থাকিলে মৃদু বিরেচক ব্যবস্থা করা আবশ্যক। এই চিকিৎসায় অর্ব্বুদের আয়তন হ্রাস না হইলেও যদি রোগিণীর কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত না থাকে, তবে স্বভাবের উপর নির্ভর করিয়া থাকাই উচিত। কিন্তু পুনর্ব্বার শোণিত স্রাব বা প্রদাহের লক্ষণ উপস্থিত হইলে অনতিবিলম্বে অস্ত্রোপচার করাই বিধি।

পেরিটোনিয়মের বহির্দ্দেশে শোণিত সঞ্চিত হইলেও প্রথমে শোষণের জন্য যত্ন করিয়া অকৃতকার্য্য হইলে তৎপর যোনি মধ্যে

[illegible] কর্ত্তন, [illegible] ইত্যাদি [illegible] ধৌত, [illegible] এবং আইওডোফরমগজ দ্বারা গহ্বর পূর্ণ করিয়া দিবে।

ষোড়শ অধ্যায়।

জরায়ুর পলিপস্

(Polypus Uteri)

পলিপস্ অভিনব বর্দ্ধন বিশেষ। অর্ব্বুদ শ্রেণীর অন্তর্গত। জরায়ুর গ্রীবায় এবং গহ্বরের অভ্যন্তরে উৎপন্ন হয়। প্রাথমিক উৎপন্ন বিধানের প্রকৃতি অনুসারে ভিন্ন ভিন্ন শ্রেণীতে বিভক্ত হইয়া বর্ণিত হয়। তন্মধ্যে নিম্নলিখিত কয়েক শ্রেণীর পলিপস্ অধিক দেখিতে পাওয়া যায়

১। কৌষিক (Cellular সেলুলার)।

২। গ্রন্থিল (Glandular গ্ল্যাণ্ডুলার) এই উভয় শ্রেণীর পলিপস্ই

শ্লৈষ্মিক পলিপস্।—জরায়ু গ্রীবায় উৎপন্ন হয়। প্রথম শ্রেণীর পলিপসে কৌষিক বিধান এবং শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি প্রধান। দ্বিতীয় শ্রেণীতে সংযোগ তন্তু এবং গ্রন্থিময় গঠন প্রধান। গ্রন্থি সমূহ সংখ্যায় এবং আয়তনে অধিক হইলে ইহাদিগকে এডেনোমেটাস (Adenomatous) পলিপস্ও বলা হয়। সংযোগ-তন্তু বিবর্দ্ধিত হইলে মোলাস্কাস্ (Molluscous) পলিপস্ সংজ্ঞা দেওয়া যায়।

জরায়ুর দেহের বা গ্রীবার গ্রন্থি প্রসারিত হইয়া মধ্যে বৃহৎ কোষ বিশিষ্ট হইলে তাহা সিষ্টিক (Cystic) পলিপস্ নামে উক্ত হয়। গ্রন্থি সমূহ অত্যন্ত বৃহৎ এবং সংখ্যায় অধিক হইলে চ্যানেলড্ (Channelled) পলিপস্ নাম দেওয়া হয়। সংযোগ-তন্তু ঘন সন্নিবিষ্ট এবং গ্রন্থির সংখ্যা যৎসামান্য হইলে ফাইব্রো-সেলুলার (Fibro-cellular) বলা হয়।

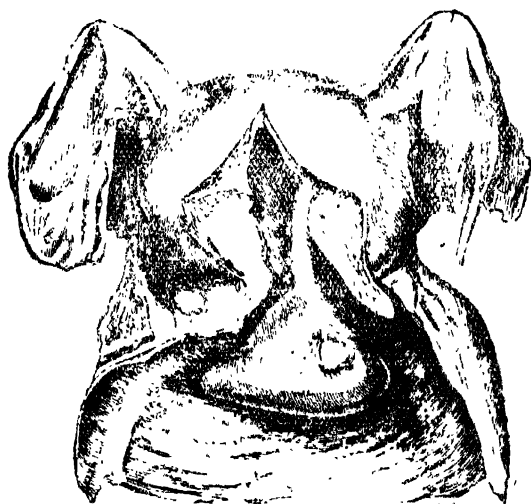
৩। সৌত্রিক (Fibrous ফাইব্রস)।—ইহা পৈশিক এবং সংযোগ তন্তু দ্বারা প্রস্তুত হয়। সৌত্রিক তন্তু অধিক থাকে। সৌত্রিক অর্ব্বুদের প্রকৃতি ও লক্ষণ বিশিষ্ট।

৪। প্ল্যাসেণ্ট্যাল (Placental) পলিপস্।—ফুলের আবদ্ধ অংশ জরায়ু-গঠনের সহিত সম্মিলিত হইয়া পরিপোষিত হইলে উৎপন্ন হয়। গর্ভস্রাব বা প্রসব সংশ্লিষ্ট।

৫। ফাইব্রিনাস্ (Fibrinous) পলিপস্ জরায়ুর দেহের সহিত সংলগ্ন থাকে। নিঃসৃত শোণিতের সৌত্রিক বিধান পরিপোষিত হইয়া উৎপন্ন হয়।

৬। পলিপসের গঠনে মারাত্মক বর্দ্ধন (Malignant growths of polypoid form)।

শ্লৈষ্মিক পলিপস লালবর্ণ বিশিষ্ট অর্ব্বুদ, সামান্য মটরের আয়তন হইতে বৃহৎ ডিম্বের অনুরূপ আয়তন বিশিষ্ট হইতে পারে। জরায়ুর গ্রীবায় আবদ্ধ বা বৃন্ত দ্বারা সংলগ্ন থাকিয়া দোদুল্যমানাবস্থায় থাকিতে দেখা যায়। সাধারণতঃ ইহা গোলাকার, কিন্তু কখন কখন কুক্কুট-শিখার অনুরূপ আকৃতিতেও উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। গ্রীবার যে স্থানে সংলগ্ন থাকে, তথায় প্রদাহের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। কোমল প্রকৃতি বিশিষ্ট। শোণিত স্রাব, শ্বেত বা পীতাভ বর্ণ বিশিষ্ট স্রাব, রজঃকৃচ্ছ্রের লক্ষণ, আর্ত্তব শোণিতের আধিক্য, সঙ্গমসময়ে বা

হস্ত দ্বারা স্পর্শ করিলে শোণিত স্রাব হয়। পলিপসে কোন বেদনা বা চৈতন্যাধিক্য থাকে না। রোগিণীর স্বাস্থ্যেরও বিশেষ ক্ষতি করে না। কেবল শোণিত স্রাবের চিকিৎসার জন্য চিকিৎসাধীনে আইসে। অনেক সময়ে পলিপস জন্য কোন লক্ষণই উপস্থিত হয় না। সাধারণতঃ বন্ধ্যা হয়। কখন কখন আপনা হইতে আরোগ্য হইয়া যায়।

১০৮তম চিত্র। জরায়ু-গহ্বরেরর সৌত্রিক পলিপস্। কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করার পর পুনর্ব্বার যথাস্থানে রাখিয়া দিয়া চিত্রাঙ্কিত হইয়াছে।

সৌত্রিক পলিপসের সহিত সৌত্রিক অর্ব্বুদের বিভিন্নতা এই যে, জরায়ুর প্রাচীবের মধ্য হইতে বহির্গত হওয়ার পর পলিপস্ বৃন্ত দ্বারা উৎপত্তিস্থানে দোদুল্যমানাবস্থায় সংলগ্ন থাকে। সৌত্রিক অর্ব্বুদ বৃন্তবিহীন। ইহা কোমল এবং কঠিন উভয় প্রকৃতিরই

হইতে পারে। প্রথমাবস্থায় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অভ্যন্তরে থাকে। বৃন্ত অত্যন্ত কঠিন এবং সময়ে সময়ে স্থূল হয়। ইহার আকর্ষণে ফণ্ডস নিম্নাভিমুখে আসিতে পারে। পলিপসের অভ্যন্তরে গহ্বর থাকিলে তন্মধ্যে শ্লেষ্মা বা শোণিত থাকে। বাহ্যদেশ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দ্বারা আবৃত। সঙ্কাপ, ঘর্ষণ ইত্যাদি কারণে এই ঝিল্লি শোথযুক্ত, স্ফীত, ও ক্ষয়িত বা বিনষ্ট হইতে পারে। জরায়ু ও যোনি-গহ্বরে বাহ্যবস্তুবৎ উত্তেজনা উপস্থিত করে। শোণিত এবং অন্যরূপ স্রাব হয়। আকৃতিতে গোল বা বাদামী, ক্ষুদ্র কাঠ বাদাম হইতে শিশুমস্তকের ন্যায় বৃহৎ হয়। বৃহৎ পলিপস্ যোনির বহির্দ্দেশে আসিলে সঙ্কাপ জন্য শোণিত-সঞ্চালন বন্ধ হওয়ায় পচিয়া যাওয়া অসম্ভব নহে। এইরূপ স্থলে দূষিত পদার্থ শোষিত হওয়ায় সার্ব্বাঙ্গিক লক্ষণ—জ্বর ইত্যাদি উপস্থিত হয়। সংযোগ ইত্যাদি দ্বারা যোনি-প্রাচীর সহ কদাচিৎ আবদ্ধ থাকে। সৌত্রিক পলিপস্ থাকিলে জরায়ুর গঠন মধ্যে আরও সৌত্রিক অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকে। এই শ্রেণীর অর্ব্বুদ প্রায়ই একাধিক হইতে দেখা যায়।

নির্ণয়।—আয়তন এবং অবস্থানানুসারে ভিন্ন ভিন্ন রূপ লক্ষণ উপস্থিত হয়। যে স্থানে ক্রমাগত অধিক আর্ত্তব স্রাব বা শোণিতস্রাব, নিঃসৃত শোণিত অপরিষ্কার ও দুর্গন্ধযুক্ত হয়, সে স্থলে নিষ্ফল রক্ত-রোধক চিকিৎসা না করিয়া জরায়ু-গ্রীবা প্রসারিত করতঃ তন্মধ্যে পলিপস্ আছে কি না, তাহা স্থির করা উচিত।

রজঃকৃচ্ছ্র ও রজোধিক।—জরায়ু-গহ্বরে ক্ষুদ্র পলিপস্ লুক্কায়িত থাকিলে জরায়ু বর্দ্ধিত বা শোণিতস্রাব না হইয়াও কেবল রজঃ-কৃচ্ছ্রের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

জরায়ু অল্প বর্দ্ধিত ও শোণিতপূর্ণ এবং ফণ্ডস্ বৃহৎ ও গ্রীবা-মুখ প্রশস্ত বোধ করিলে পলিপস্ থাকার সন্দেহ হইতে পারে।

পলিপস্ স্থির করার জন্য গ্রীবা সম্পূর্ণ প্রসারিত করা কর্ত্তব্য। অনেক সময়ে অতি সহজে স্থির হয়, আবার কখন বা অবস্থান ও আয়তন ভিন্ন হওয়ায় নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। বৃহৎ পলিপস্ জরায়ুর বাহিরে থাকিলে জরায়ু উল্টান বা প্রলাপ্সাসের সহিত ভ্রম হইতে পারে। অনেক সময়ে ক্ষুদ্র পলিপস অঙ্গুলীসহ গ্রীবা হইতে জরায়ু-গহ্বরে প্রবেশ করায় পলিপাস্ নাই—এমত ভ্রম হয়।

পলিপসের সাধারণ লক্ষণ।—অর্ব্বুদ ধীরে ধীরে বর্দ্ধিত হয়। পেয়ারার অনুরূপ আকৃতি বিশিষ্ট এবং বৃন্ত যুক্ত। চৈতন্য-শক্তি-বিহীন। বিদ্ধ করিলে বেদনা অনুভব হয় না। ছোট বা বড় হইতে পারে।

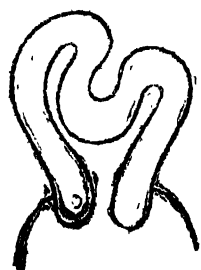
পলিপসের জন্য প্রায় সর্ব্বদাই শোণিতস্রাব হয়। ময়লা রক্তরস-মিশ্রিত স্রাব হইতে পারে।

পলিপস্ জরায়ু-গহ্বরে অবস্থিত হইলে জরায়ু বৃহৎ হয়। তন্মধ্যে দুই বা আড়াই ইঞ্চ পরিমাণ সাউণ্ড উর্দ্ধাভিমুখে প্রবেশ করে। যোনি মধ্যে অবস্থিত হইলে অনুসন্ধান করিয়া জরায়ুগ্রীবার সংলগ্ন বৃন্ত পাওয়া যাইতে পারে। ইহার ঊর্দ্ধে জরায়ুগ্রীবার অভ্যন্তরে দুই হইতে আড়াই ইঞ্চ পরিমাণ সাউণ্ড প্রবেশ করান যায়।

দোদুল্যমান অর্ব্বুদের নিম্নাংশে কোন মুখ বা ছিদ্র থাকে না, জরায়ুগ্রীবার মুখ বৃন্তের সকল দিক বলয়াকারে পরিবেষ্টন করিয়া থাকে। জরায়ু-প্রাচীর এবং অর্ব্বুদ এই উভয়ের মধ্য দিয়া জরায়ু-গহ্বরে সাউণ্ড প্রবেশ করে।

পলিপস্ এবং জরায়ু উল্টানের পার্থক্য নির্ণয়ের পক্ষে উহা অবগত হওয়া বিশেষ আবশ্যক।

সতর্কভাবে উভয় হস্তের পরীক্ষায় জরায়ুর ছাদ স্বাভাবিক স্থানে ও স্বাভাবিক আকৃতিতে অবস্থিত দেখা যায়। ফণ্ডসের কোন স্থান

অবনত বোধ হয় না। এই পরীক্ষায় পলিপসের স্থায়িত্ব এবং আয়তন অনুমান করা যাইতে পারে। কুমারী ও অনপত্যকারও পলিপস্ হয়।

১০৯তম চিত্র। জরায়ুর অসম্পূর্ণ উল্টান অবস্থা। ঊর্দ্ধাংশ অবনতাবস্থায় রহিয়াছে।

১১০তম চিত্র। জরায়ুগহ্বরের ঊর্দ্ধাংশে উৎপন্ন এবং গহ্বর মধ্যে অবস্থিত পলিপস্।

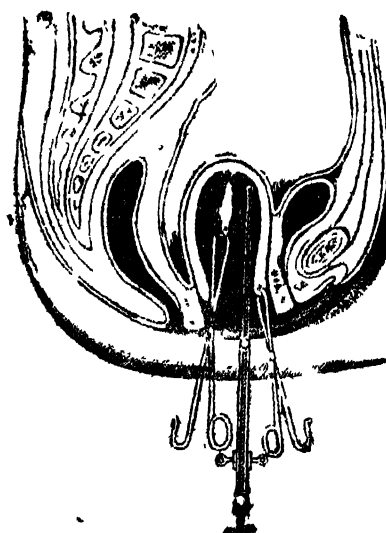
অভাব লক্ষণ।—জরায়ুমুখ না থাকা, চৈতন্য বোধের অভাব, সাধারণতঃ বেদনাবিহীনতা।

লক্ষণ।—প্রধান লক্ষণের মধ্যে শোণিত স্রাব, জরায়ু-বেদনা, মল ও মূত্রাশয়ের কষ্ট। পলিপসের আয়তন এবং অবস্থান অনুসারে এই লক্ষণ কম বা বেশী হইতে পারে। কটিদেশে আকর্ষণীবৎ বেদনা, এবং পলিপস্ বৃহৎ হইলে গমনাগমনে কষ্ট, এবং রজঃকৃচ্ছ্রতার লক্ষণ প্রধান।

চিকিৎসা।—বৃহৎ পলিপস্ দূরীভূত করাই একমাত্র চিকিৎসা। কিন্তু অত্যধিক শোণিত স্রাব হওয়ায় রোগিণী অত্যন্ত দুর্ব্বলা হইয়া থাকিলে প্রথমে কয়েক দিবস শয্যায় শান্ত সুস্থির অবস্থায় রাখিয়া স্থানিক সঙ্কোচক ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত। এই সময় বৃহৎ বুজী, টেণ্ট বা বারণের ডাইলেটার দ্বারা জরায়ু-গ্রীবা প্রসারিত করিবে।

এক্রেজিয়ার, গ্যালভ্যানিক কটারীর তার, পলিপটোম বা হিষ্টেরোটোমী দ্বারা পলিপস্ দূরীভূত করা হয়। ক্ষুদ্র পলিপস্ মোচড়াইয়া

বহির্গত করা যাইতে পারে, কিন্তু পলিপসের বৃন্ত অত্যন্ত সরু না হইলে ঐরূপে কৃতকার্য্য হওয়া কঠিন।

ভলসেলা, টেনাকিউলাম এবং এক্রেজিয়ার দ্বারা পলিপস্ কর্ত্তন করা হয়। বৃহৎ পলিপস্ হইলে পলিপটোম (Polypotome) যন্ত্র ব্যবহার করিতে হয়।

১১১তম চিত্র। ভলসেলা ও এক্রেজিয়ার দ্বারা পলিপস্ কর্ত্তন।

জরায়ুর গহ্বরের পলিপস্ কর্ত্তন করিতে হইলে জরায়ু-গ্রীবা পূর্ব্বেই প্রসারিত করা আবশ্যক। অস্ত্রোপচারে বিশেষ কষ্ট হয় না তজ্জন্য চৈতন্যহারক ঔষধ প্রয়োগ না করিয়াই অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইতে পারে। কুমারীর বা অনপত্যকার বৃহৎ পলিপস্ হইলে কয়েক দিবস

পূর্ব্ব হইতে বারণের হাইড্রোষ্টেটিক-ব্যাগ দ্বারা যোনি প্রসারিত করা উচিত। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্ব রজনীতে এক মাত্রা পটাশ ব্রোমাইড ব্যবস্থা করা উচিত। উপযুক্ত শয্যায় আলোকের সম্মুখে উত্তানভাবে শয়ান করাইয়া অঙ্গুলী কিম্বা খাঁচযুক্ত ডাইরেক্টার দ্বারা পলিপসের বৃন্তের শেষাংশে তার পরাইয়া দিয়া এক্রেজিয়ার যতদূর সম্ভব পলিপসের বৃন্তের শেষাংশ পর্য্যন্ত প্রবেশ করাইবে। পলিপসের বৃন্ত উত্তমরূপে পরিবেষ্টিত হইলে তার ক্রমে ক্রমে কষিতে হইবে। এই সময় জরায়ুর প্রাচীর আহত না হয়, অথচ পলিপসের বৃন্তের শেষ অংশ পর্য্যন্ত কর্ত্তিত হয়, তদ্রূপ যত্ন করা আবশ্যক। তৎপর নিয়মিত প্রণালীতে ধীরে ধীরে এক্রেজিয়ারের তার কষিলেই পলিপস্ কর্ত্তিত হইয়া বহির্গত হইবে। রোগিণী যদি বেদনা বোধ করে, তবে বুঝিতে হইবে যে, জরায়ুতে আঘাত লাগিয়াছে।

লম্বএটহিল এক প্রকার বিশেষ তারযুক্ত এক্রেজিয়ার ব্যবহার করেন। এই এক্রেজিয়ারের অস্ত্র এরূপ ভাবে গঠিত যে, তন্মধ্য দিয়া দুইটী সূক্ষ্ম রৌপ্য নল প্রবেশ করিতে পারে। নলসহ তার প্রবেশ করাইয়া নল পলিপসের বৃন্তের মূলে পরিবেষ্টন করাইয়া তার পরাইতে হয়। তার পরিবেষ্টন করা হইলে এক্রেজিয়ার ছিদ্রের মধ্য দিয়া নল প্রবেশ করা-ইয়া নলের গতি অনুযায়ী পলিপসের বৃন্তের মূল পর্য্যন্ত এক্রেজিয়ার প্রবেশ করাইতে হয়। এক্রেজিয়ার প্রবিষ্ট হইলে নল দুইটী বহির্গত করিয়া লইলে তার এক্রেজিয়ার মধ্যে থাকে। তৎপর সাধারণ নিয়মে এক্রেজিয়ার দ্বারা পলিপস্ কর্ত্তন করিতে হয়।

পলিপস্ পৃথক্ এবং শিথিল অবস্থায় যোনিমধ্যে থাকিলে, উত্তম ফরসেপস্ দ্বারা দূরীভূত করা যাইতে পারে। পলিপস্ অত্যন্ত বৃহৎ হইলে বা যোনিদ্বার দিয়া বহির্গত করার সময় বিটপদেশ এবং তাহার শোণিতবাহিকা আহত হইবে এমত বিবেচনা করিলে, পলিপটোম দ্বারা

কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করিবে। বিটপদেশের মধ্য-রেখার এক পার্শ্বে কর্ত্তন করিয়া বহির্গমন পথ প্রশস্ত করিলেও সহজে বহির্গত হইতে পারে।

রাউথের (Routh's wire conductor) তার পরানের যন্ত্র দ্বারাও পলিপসের বৃন্তে সহজে তার পরিবেষ্টন করা যায়। ইহাতেও এক্রেজিয়ার দ্বারা কর্ত্তন করা আবশ্যক।

ম্যাকনাটোন জোন্স এক প্রকার পলিপটোম প্রস্তুত করিয়াছেন, তদ্দ্বারা সহজে পলিপস্ কাটা যাইতে পারে। ঐ সমস্ত যন্ত্র না পাইলে অন্য উপায় অবলম্বন কর্ত্তব্য।

সামান্য লেবুর অনুরূপ আকৃতির সৌত্রিক পলিপস্ দন্তযুক্ত প্রশস্ত ফরসেপ্স দ্বারা ধরিয়া মোচড়াইয়া ছিন্ন এবং বহির্গত করিতে যত্ন করাই সহজ। বৃন্ত ইত্যাদি সহজে দেখিতে না পাইলে ডকবিল স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া সহজেই ফরসেপস্ দ্বারা ধরা যাইতে পারে। মধ্যমাকৃতির কৌষিক পলিপস্ হইলে ঐরূপে ধরিলে ফরসেপস্ খুলিয়া যাওয়ার আশঙ্কা থাকে, তজ্জন্য পলিপসের এক পার্শ্ব দিয়া অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া বৃন্ত পর্য্যন্ত লইয়া যাইবে, তৎপর উক্ত অঙ্গুলীর সাহায্যে গোল অস্ত্র বিশিষ্ট বক্র প্রশস্ত কাঁচি প্রবেশ করাইয়া তদ্দ্বারা বৃন্ত কর্ত্তন করিবে। তৎপর পলিপস্ সুবিধা মত ঘুরাইয়া দৃঢ় ভলসেলা দ্বারা আকর্ষণ করিয়া বহির্গত করিবে। পলিপস্ আরও বড় হইলে অঙ্গুলীর সাহায্যে কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করা অসম্ভব। এইরূপ স্থলে এক্রেজিয়ারের তার অঙ্গুলীর সাহায্যে অর্ব্বুদের পরিধির সর্ব্বাপেক্ষা প্রশস্ত স্থানের অল্প উপরে পরিবেষ্টন করিয়া দিয়া যথারীতি কর্ত্তন করিবে। অর্ব্বুদের প্রশস্ত অংশের উপরে তার পরিবেষ্টন করিলেই তার কষার সময় তাহা স্খলিত হইয়া বৃন্ত সন্নিকটে উপস্থিত হয়, সুতরাং বৃন্ত স্থানেই কর্ত্তিত হয়। তৎপর পলিপস্ বহির্গত করিতে হয়। যোনিদ্বার প্রশস্ত থাকিলে ভলসেলা দ্বারা আকর্ষণ করিয়া সহজেই বহির্গত করা যায়। কিন্তু যোনি-দ্বার সংকীর্ণ

এবং অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলে ভলসেলা-দ্বারা বিদ্ধ করিয়া কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করতঃ এক এক খণ্ড করিয়া ক্রমে ক্রমে বহির্গত করা উচিত। এইরূপে সাবধানে বহির্গত করিলে বিটপদেশ আহত হওয়ার কোন আশঙ্কা থাকে না। সৌত্রিক পলিপস্ অত্যন্ত বৃহৎ হইলে অঙ্গুলী দ্বারা তাহার প্রশস্ত মধ্যস্থলের উপরে তার পরিবেষ্টন করা অসম্ভব। তদ্রূপ স্থলে পূর্ব্বোক্ত প্রণালীতে খণ্ড খণ্ড করিয়া কর্ত্তন করতঃ বহিগত করা উচিত। যোনিস্থিত সৌত্রিক পলিপস এই প্রণালীতে কর্ত্তন করিলে অতি সামান্য শোণিত স্রাব হওয়ার সম্ভাবনা।

অনেক স্থলে জরায়ু-গ্রীবা এবং প্রাচীর কর্ত্তন করিয়া তৎপরে পলিপস্ কর্ত্তন ও বহির্গত করিতে হয়। শ্লৈষ্মিক এবং প্ল্যাসেণ্টাল পলিপস্ ক্ষুদ্র হইলে চাঁছিয়া বহিগত করিয়া দিলেই আরোগ্য হইতে পারে।

অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে ও পরে পচননিবারক জলের ডুস প্রয়োগ করা উচিত। জরায়ুগহ্বরমধ্যস্থিত পলিপস্ বহির্গত করার পর জরায়ুর নল দ্বারা জরায়ুগহ্বর ধৌত করিতে হয়।

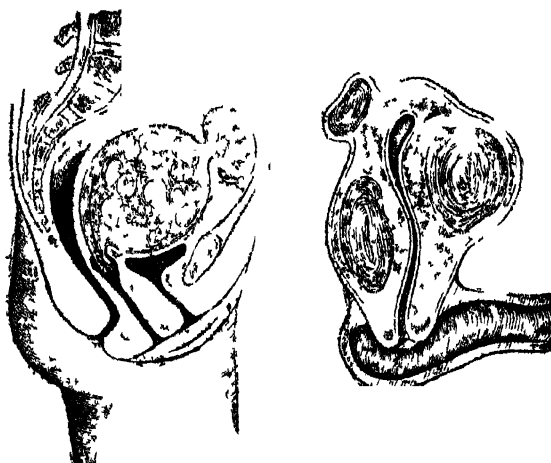
সপ্তদশ অধ্যায়।

জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ

(Fibroid Tumour.

ফাইব্রইড্ টিউমার।)

নিদান তত্ত্ব।—অন্যান্য সর্ব্ব প্রকারে সুস্থ স্ত্রীলোকের বিশেষ কোন রূপ লক্ষিত পূর্ব্ববর্ত্তী বা উদ্দীপক কারণ ব্যতীতও জরায়ুর

সৌত্রিক অর্ব্বুদ হইতে দেখা যায়। আর্ত্তব স্রাবের বয়সে সৌত্রিক অর্ব্বুদ উৎপন্ন হইলেও সাধারণতঃ বিবাহিতা—বন্ধ্যা ৩০—৫০ বৎসর বয়স্কা স্ত্রীলোকের অধিক হইতে দেখা যায়। এতৎসহ রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার ইতিবৃত্ত বর্ত্তমান থাকে।

১১২ এবং ১১৩তম চিত্র। জরায়ুপ্রাচীরের গঠন মধ্যে এবং সৈল্পিক ঝিল্লির নিম্নস্থিত (ইণ্টারষ্টিসিয়াল এবং সবপেরিটোনিয়াল) সৌত্রিক অর্ব্বুদ।

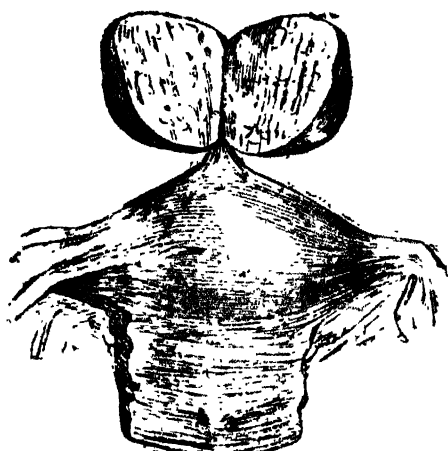
বিধান তত্ত্ব।—জরায়ুপ্রাচীরের পৈশিক এবং সংযোগ বিধান হইতে সৌত্রিক অর্ব্বুদের উৎপত্তি হয়। জরায়ুর দেহ হইতেই অধিক-সময় সৌত্রিক অর্ব্বুদ উৎপন্ন হইয়া থাকে। পৈশিক এবং সৌত্রিক তন্তু সম্মিলনে উৎপন্ন হয় জন্য অনেকে ফাইব্রো-মাইওমা Fibro-myoma) সংজ্ঞা দেন। কোন অর্ব্বুদে সৌত্রিক বিধানের আধিক্য জন্য কঠিন এবং কোনটীতে পৈশিক বিধানের আধিক্য জন্য কোমল

প্রকৃতি হয়। প্রথমোক্ত অর্ব্বুদের সংখ্যাই অধিক। এই শ্রেণীর অর্ব্বুদ কর্ত্তন করিলে অভ্যন্তর ঈষৎ ধূসরের আভাযুক্ত শুভ্রবর্ণ উজ্জ্বল ঘন সন্নিবিষ্ট তরঙ্গায়িত তুলার গোলার অনুরূপ দেখা যায়। ইহা কোষ দ্বারা আবৃত থাকে। এই কোষ বিচ্ছিন্ন করিলে অর্ব্বুদ বিযুক্ত হয়। ইহার শোণিতবাহিকা এই কোষেই অবস্থিত এবং সংখ্যায় অত্যল্প। অর্ব্বুদের অভ্যন্তরে শোণিতবাহিকার অবস্থান অতি বিরল। শিরার অন্ত সমূহ প্রসারিত এবং বৃহৎ হইতে পারে। বৃন্ত বর্ত্তমান থাকিলে তাহাতে প্রায়ই শোণিতবাহিকা বর্ত্তমান থাকে না। অর্ব্বুদ যত অধিক দিনের হয়, ততই কঠিন হয়। আবরক কোষের শিরা বৃহৎ ও প্রসারিত হইলে কচিৎ ব্রুই-ডি-সুফল (Bruit-de-souffle) অর্থাৎ হুস্ হুস্ শব্দ শ্রুত হওয়া যাইতে পারে।

কোমল প্রকৃতির অর্ব্বুদ অতি বিরল। ইহার আবরক-কোষ তত পরিষ্কার নহে। এতদ্বিধান জরায়ুবিধান সহ সংলগ্ন, ঈষৎ পাটল-বর্ণ বিশিষ্ট, পৈশিক তন্তুর সংখ্যা অধিক থাকায় ঐরূপ প্রকৃতি বিশিষ্ট হয়। সৌত্রিক তন্তুর পরিমাণ অত্যল্প। জরায়ুর মাইওমা সারকো-মাতে পরিবর্ত্তিত হওয়া বিরল ঘটনা।

জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ—(ক) ফ্যাটী, (খ) কোলইড, (গ) ক্যাল্ক-কেরিয়স, (ঘ) সপিউরেটিভ বা গ্যানগ্রিনাসে পরিবর্ত্তিত হইতে পারে। অনেক সময়ে অর্ব্বুদ মধ্যভাগ কোষাবৃত অর্ব্বুদে পরিবর্ত্তিত হয়—সংযোগ বিধান (১) কোলইড বা মাইক্সোমেটাসে পরিবর্ত্তিত; (২) অর্ব্বুদ বিধান মধ্যে শোণিত সঞ্চিত; (৩) শোথ ও রস সঞ্চিত হওয়ার পর সৌত্রিক বিধান পৃথক্ এবং মধ্যস্থিত বিধান কোমল বা তরলাবস্থাপন্ন হইলে সৌত্রিক অর্ব্বুদ মধ্যে কোষার্ব্বুদ উৎপন্ন হইতে পারে; (৪) মেদাপকৃষ্টতাতেও ঐরূপ পরিবর্ত্তিত হয়। কার্সিনোমায় পরিবর্ত্তিত হওয়া অতি বিরল ঘটনা। কখন কখন সারকোমায়

পরিবর্ত্তিত হয়। আবরক কোষে ক্ষত হওয়ায় অর্ব্বুদ বহির্গত হইয়া ও আশ্চর্য্য নহে।

ফাইব্রোমাইটিস্ (Fibromitis) অর্থাৎ সৌত্রিক অর্ব্বুদের প্রদাহ।—আঘাত বা শৈত্যাদি সংলগ্নে প্রদাহের লক্ষণ—প্রথমে স্থানিক বেদনা, টনটনানী, এবং পরে সার্ব্বাঙ্গিক লক্ষণ সমূহ উপস্থিত হয়। অর্ব্বুদ বৃহৎ এবং বস্তিগহ্বরের অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহের লক্ষণ উপস্থিত হয়।

১১৪তম চিত্র। অন্ত্রাবরক ঝিল্লির নিম্নস্থিত বৃন্ত বিশিষ্ট সৌত্রিক অর্ব্বুদ।

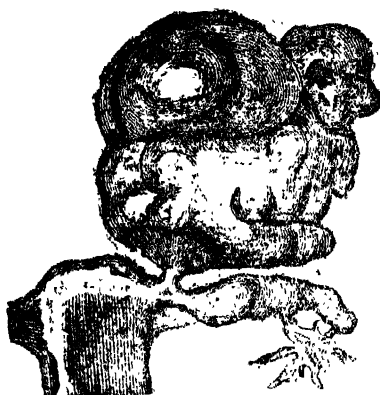
পূয়োৎপত্তি হইলে স্ফোটকের এবং সন্নিকটস্থিত অন্যান্য যন্ত্র পীড়িত হওয়ার লক্ষণ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। এই অবস্থা অত্যন্ত কঠিন হইলেও পরিণামফল সচরাচর মন্দ হয় না। পেলভিক হিমেটোসিল, ও পেরিটোনাইটিস কিম্বা পিত্তশূল ও মূত্রশিলার সহিত ভ্রম হওয়া সম্ভব।

অর্ব্বুদ বর্দ্ধন।—একই অবস্থায় দীর্ঘকাল থাকিতে কিম্বা ক্রমে ক্রমে বৃদ্ধি পাইতে পারে। পৈশিক তন্তুর সংখ্যা অধিক হইলে শীঘ্র বর্দ্ধিত হওয়ার সম্ভাবনা। প্রদাহ বা শোণিত সঞ্চালনের পরিবর্ত্তনের উপর বৃদ্ধি নির্ভর করে। কখন কখন অল্প অল্প বর্দ্ধিত হইয়া সহসা অত্যন্ত বর্দ্ধিত হয়। আর্ত্তবস্রাব সময়ে অর্ব্বুদের আয়তন হ্রাস হয় এবং পরে পুনরায় বৃদ্ধি পায়। মূল দৃঢ় রূপে আবদ্ধ হইলে শোথ এবং তৎপরে অর্ব্বুদ দ্রুত বর্দ্ধিত হয়। অর্ব্বুদ উৎপত্তির পর তিন মাস অতীত না হইলে তাহা প্রায়ই অবগত হওয়া যায় না। অর্ব্বুদের বয়সের সহিত আয়তনের কোন সম্বন্ধ নাই। সাধারণতঃ শীঘ্রই বর্দ্ধিত হইতে থাকে।

গর্ভ ও আর্ত্তব স্রাব সহ অর্ব্বুদ বৃদ্ধির সম্বন্ধ।—গর্ভাবস্থায় অর্ব্বুদ শীঘ্রই বৃদ্ধি পায় ও নূতন অর্ব্বুদ উৎপন্ন হইয়া দ্রুত বর্দ্ধিত হইতে থাকে। প্রসবান্তে পুনর্ব্বার ক্ষুদ্র হইতে আরম্ভ হইয়া কখন কখন একেবারে অন্তর্হিত হয়। সৌত্রিক অর্ব্বুদ সমন্বিত জরায়ুতে অনেক সময়ে গর্ভসঞ্চার হয় না; হইলেও তাহা স্রাব হওয়ার সম্ভাবনা; পূর্ণ-গর্ভ হইলে প্রসবে বিঘ্ন, প্রসবান্তে শোণিত স্রাব, তৎপরে দ্বৈবারিক শোণিত স্রাব, দূষিত জ্বর, এবং জরায়ুর অসম্পূর্ণ সঙ্কোচনের আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে।

শ্রেণী বিভাগ।—জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদের (১) বৈধানিক প্রকৃতি এবং (২) অবস্থান অনুসারে ভিন্ন ভিন্ন শ্রেণীতে বিভক্ত হইয়া বর্ণিত হয়।

প্রথম শ্রেণীর মধ্যে ফাইব্রোমা, ফাইব্রোমাইওমা, মাইওস্যারকোমা, ফাইব্রো-মাইক্সোমা, সারকোমা, সিষ্টিকসারকোমা, মাইক্সোসারকোমা, সিষ্টিক্ ফাইব্রো-মাইওমা এবং দ্বিতীয় শ্রেণীর মধ্যে সারভিক্স, বস্তী, সবপেরিটোনিয়াল, সবমিউকস্ এবং ইণ্ট্রামুরাল ফাইব্রইড টিউমার পরিগণিত।

সমস্ত অর্ব্বুদই প্রথমে ইণ্টারষ্টিসিয়াল (Interstitial) অর্থাৎ জরায়ুর প্রাচীরের গঠন মধ্যে অবস্থিত হয়। ইহাই ইণ্ট্রামুরাল বা প্যারেঙ্কাইমেটাস (Intramural or Parenchymatous) সৌত্রিক অর্ব্বুদ। তৎপরে বর্দ্ধিত হইয়া পেরিটোনিয়ম বা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির

১১৫তম চিত্র। অণ্ডাধারে বন্ধনী হইতে উৎপন্ন ফাইব্রো-মাইওমা।

অভিমুখে যাইতে থাকে। ইহাই যথাক্রমে সবপেরিটোনিয়াল বা সবমিউকস ফাইব্রইড। আরও বহির্গত ও বৃহৎ হইলে এবং জরায়ুর সহিত সংলগ্ন স্থান অপেক্ষাকৃত কম পরিধি বিশিষ্ট হইলে গ্রীবার অনুরূপ হয়। এই গ্রীবা বৃন্তবৎ সূক্ষ্ম হইলেই পলিপস্ নামে উক্ত হয়।

সৌত্রিক অর্ব্বুদ একাধিক হওয়াই নিয়ম। কদাচিৎ কেবল একটি মাত্র হয়। জরায়ুর পশ্চাৎ প্রাচীরেই অধিক সংখ্যক সৌত্রিক অর্ব্বুদ হইয়া থাকে। গ্রীবায় উৎপন্ন হওয়া বিরল। কখন কখন কয়েকটী ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ একত্রে অবস্থিত হওয়ায় গোলাবৎ দেখায়।

নির্ণয়।—জরায়ুর দেহের সৌত্রিক অর্ব্বুদ নির্ণয় জন্য ইতিবৃত্ত, উদর পরীক্ষা, অঙ্গুলী ও উভয় হস্তের (মলদ্বার ও যোনি-পথে) পরীক্ষা এবং ইউটিরাইন সাউণ্ডের দ্বারা পরীক্ষা করা আবশ্যক। জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ নির্ণয় করা তত সহজ নহে। অনেক সময়ে বিচক্ষণ চিকিৎসকেরও ভ্রম হইতে দেখা যায়। বস্তিগহ্বরের অর্ব্বুদ নির্ণয়ে যত ভ্রম প্রমাদ পরিলক্ষিত হয়, তত আর কোন পীড়ায় হয় না। তজ্জন্য বিশেষ সতর্ক হইয়া ভিন্ন ভিন্ন প্রকারে পুনঃ পুনঃ পরীক্ষা করিয়া স্থির সিদ্ধান্তে উপনীত হওয়া কর্ত্তব্য।

ইতিবৃত্ত।—অর্ব্বুদ সহসা উৎপন্ন হয় না, অর্ব্বুদ সহ কোনরূপ জ্বরের ইতিবৃত্ত থাকে না, কদাচিৎ আঘাতের ইতিবৃত্ত থাকিতে পারে। অত্যধিক আর্ত্তবস্রাব ও শোণিত স্রাবের বিবরণ সাধারণ; কখন কখন অনিয়মিত ও অল্প আর্ত্তব স্রাবের বিবরণ থাকিতে পারে। বস্তি-গহ্বরের অসুস্থতা, মল ও মূত্রাশয়ের কষ্ট—এই সমস্ত লক্ষণ অর্ব্বুদের অবস্থান, আরম্ভন এবং ক্রমিক বৃদ্ধির উপর নির্ভর করে। ইহা অণ্ডা-ধারের কোষার্ব্বুদ অপেক্ষা ধীরভাবে প্রকাশ পায়। অণ্ডাধারের পীড়ায় যত শীঘ্র মুখশ্রী শুষ্ক হয়, ইহাতে তত শীঘ্র শুষ্ক হয় না। অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদে শীঘ্রই মুখমণ্ডল বিবর্ণ হয়, কিন্তু বৃহৎ সৌত্রিক অর্ব্বুদ সমন্বিত স্ত্রীলোকেরও তদ্রূপ হয় না। বেদনা থাকা বা না থাকা অর্ব্বুদের অবস্থানের উপর নির্ভর করে। সময়ক্রমে অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ, অর্ব্বুদের প্রদাহ এবং মল মূত্রাশয়ের ক্রিয়ার বিঘ্ন উপ-স্থিত হইলে বেদনা হইতে পারে। অনেক সময়েই অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলেও বেদনা থাকে না।

ভিন্ন ভিন্ন লক্ষণ।—উদরের নিম্নাংশ বিবর্দ্ধিত হয়।

উদরপ্রাচীরের বাহ্যস্তরস্থিত শিরাসমূহ বৃহৎ হয়।

অঙ্গুলী সঞ্চালনে সুগঠিত, নিরেট, ও আবদ্ধ অর্ব্বুদ অনুভূত হয়।

অর্ব্বুদ সাধারণতঃ মধ্যস্থলে অবস্থিত।

পিউবিস হইতে নাভি পর্য্যন্ত উদরাংশের মাপ বৃদ্ধি হয়।

জরায়ুর বিবৃদ্ধি—পীড়ার প্রথমাংশেই ইহা অনুভব করা যাইতে পারে, অঙ্গুলী সঞ্চালনে ও পিউবিসের উপরে প্রতিঘাত করিয়া স্থির করিতে হয়।

যোনিপথে ও উভয় হস্তের পরীক্ষা।—জরায়ু বৃহৎ অনুমিত হয়, এই অবস্থা পশ্চাৎ বা সম্মুখ প্রাচীরেও হইতে পারে। অঙ্গুলীতে অত্যন্ত কঠিন ভাব অনুভব হয়, কখন দুই তিনটী গোলার ন্যায় অনুভব করা যায়। আবার কখন সমগ্র জরায়ু অত্যন্ত কঠিন, অসঞ্চালনীয় ও বস্তিগহ্বরে আবদ্ধ আছে—এমত বোধ হয়।

জরায়ুমুখ।—সাধারণতঃ সুস্থ থাকে, কখন অবনত বোধ হয়, শেষ অবস্থায় এত সরিয়া যাইতে পারে যে, অঙ্গুলী দ্বারা স্পর্শ করা অসম্ভব হয়।

কখন কখন গ্রীবা বিশেষ প্রকৃতির কঠিন ভাব ধারণ করে,—স্তনের বোঁট স্তনোপরি যে ভাবে অবস্থান করে, গ্রীবাও তদ্রূপ ভাবে অবস্থান করে, বোঁট সঞ্চালন করিলে প্রস্তরবৎ কঠিন প্রদেশের উপর সঞ্চালিত হইতেছে, এমত অনুভূত হয়। এই চূড়াবৎ গ্রীবার সঞ্চালন কেবল জরায়ুর দেহ বর্দ্ধিত হইলে অনুভূত হয়।

সরলান্ত্র এবং সরলান্ত্র ও যোনিপথে পরীক্ষা করিলে বৃহৎ, কঠিন ও আবদ্ধ জরায়ু অনুভব হয়।

অভাব লক্ষণ।—নাভিকুণ্ড পূর্ণ বা উচ্চ হয় না।

তরল দ্রব্যের সঞ্চালন অনুভব হয় না, কদাচিৎ অনুভূত হইলেও তাহা অণ্ডাধারের পীড়া হইতে ভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট। কঠিন অর্ব্বুদসহ তরল দ্রব্যের সঞ্চালন অনুভব করিলে এসাইটিস থাকিতে পারে। জরায়ুর আকুঞ্চন অনুভূত হয় না।

গর্ভের নির্দ্দিষ্ট বিশেষ লক্ষণ সমূহ বর্ত্তমান থাকে না।

জরায়ুর সাউণ্ড।—অন্য পরীক্ষায় জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ স্থির হইলেও সাউণ্ড দ্বারা পরীক্ষা করা অবশ্য কর্ত্তব্য। জরায়ুর মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া অঙ্গুলী দ্বারা সরলান্ত্র, যোনি এবং উদর গহ্বর পরীক্ষা করিয়া (১) জরায়ু কত বৃহৎ হইয়াছে; (২) উদর-গহ্বরে যে অর্ব্বুদ অনুভব করা গিয়াছে, তাহা জরায়ু কি না; (৩) জরায়ু আবদ্ধ কি সঞ্চলনীয়; এবং (৪) বস্তিগহ্বর স্থিত অর্ব্বুদ সৌত্রিক, কিম্বা অন্য অর্ব্বুদ, অথবা জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ বক্র হইয়া আছে কি না; তাহা স্থির করিতে হয়।

জরায়ুগহ্বরে সাউণ্ড প্রবেশ করাইলে যোনিমধ্যস্থিত অঙ্গুলী এবং সাউণ্ড এই উভয়ের মধ্যে অন্য কোন অস্বাভাবিক পদার্থ আছে কি না, তাহা স্থির করা যায়। এই পরীক্ষায় সৌত্রিক অর্ব্বুদ ও জরায়ুর সম্মুখ বা পশ্চাৎ বক্রতার পার্থক্য নির্ণীত হইতে পারে। জরায়ু মধ্যে সাউণ্ড রাখিয়া উদরের নিম্নাংশে এবং সরলান্ত্রের মধ্যেও পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য।

টেণ্ট দ্বারা জরায়ুগ্রীবা প্রসারিত করিয়া জরায়ুগহ্বর পরীক্ষা করিলে বিনষ্ট ভ্রূণ আবদ্ধ, পুরাতন বিবৃদ্ধি ইত্যাদি হইতে সৌত্রিক অর্ব্বুদের পার্থক্য নির্ণয় করিতে হয়। জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশের বা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অভ্যন্তরে অবস্থিত সৌত্রিক অর্ব্বুদ নির্ণয় করিতে হইলে গ্রীবা প্রসারিত করা বিশেষ আবশ্যক।

লক্ষণ।—অনেক স্থলে কোন বিশেষ লক্ষণ উপস্থিত থাকে না। জীবিতাবস্থায় কোন লক্ষণ প্রকাশিত হয় নাই অথচ মৃত্যুর পর শবচ্ছেদ করিয়া সৌত্রিক অর্ব্বুদ দেখা যাওয়ার অনেক বিবরণ লিপিবদ্ধ আছে।

শোণিত স্রাব।—প্রধান লক্ষণের মধ্যে জরায়ু হইতে শোণিত স্রাব—প্রথমে অধিক পরিমাণে আর্ত্তবস্রাব হইতে থাকে, পরে অনিয়মিত ভাবে অত্যধিক শোণিতস্রাব আরম্ভ হয়। পরিশেষে এত অধিক শোণিতস্রাব হয় যে, তজ্জন্য রোগিণীর জীবন নাশের আশঙ্কা উপস্থিত হয়। জরায়ুর বৃহৎ শিরা বিদীর্ণ হওয়ায় শোণিতস্রাব জন্য মৃত্যু হইতে

পারে। নতুবা এই পীড়ার স্বভাব মারাত্মক নহে। কেবল আজীবন যন্ত্রণা প্রদান করে মাত্র। অর্ব্বুদ মধ্যে বৃহৎ শোণিতবাহিকা প্রবেশ করা অতি বিরল ঘটনা। কেবল শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে রক্তাধিক্য হওয়ায় ঐরূপ শোণিতস্রাব হয়। অর্ব্বুদের আবরক কোষ হইতে শোণিতস্রাব হয় না। জরায়ুগ্রীবার সৌত্রিক অর্ব্বুদ হইতে শোণিত স্রাব না হওয়াই নিয়ম।

বেদনা।—রজঃকৃচ্ছ্রতার বেদনা বর্ত্তমান থাকে—বিশেষতঃ জরায়ুগ্রীবার অর্ব্বুদ হইলে এই লক্ষণ প্রবল হয়। অর্ব্বুদের বিস্তৃতি এবং সঞ্চাপ জন্য বস্তিগহ্বরস্থিত স্নায়ু ও যন্ত্রাদি সঞ্চাপিত হওয়ায় বেদনা উপস্থিত হয়। বেদনার প্রকৃতি কুন্থনবৎ।

বস্তিগহ্বরের লক্ষণ।—মল, মূত্রাশয় ও ইউরিটার সঞ্চাপিত হওয়ায় কোষ্ঠবদ্ধ, মল ত্যাগে কষ্ট, এবং পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগ, মূত্রাবরোধ ও মূত্রকৃচ্ছ্রতার লক্ষণ উপস্থিত হয়। উদরগহ্বর মধ্যে মূত্র সঞ্চিত বা মূত্রে অণ্ডলাল হইতে পারে, ইহাতে ইউরিমিয়ার লক্ষণ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। এই জন্য বৃহৎ সৌত্রিক অর্ব্বুদ হইলে মধ্যে মধ্যে মূত্র পরীক্ষা করা উচিত। কেবল যে অণ্ডলাল বা হাইওলিন কাষ্ট্ থাকে তাহা নহে, পরন্তু ইউরিয়ার পরিমাণও অধিক হওয়ার সম্ভাবনা।

বন্ধ্যাত্ব।—সৌত্রিক অর্ব্বুদ জন্য বন্ধ্যাত্ব, গর্ভ সঞ্চার হইলে তাহা স্রাবের আশঙ্কা, এবং প্রসবান্তে অত্যন্ত শোণিতস্রাব হওয়ার সম্ভাবনা।

পরিণাম। (১) বৃদ্ধিরোধ।—অর্ব্বুদ সামান্য মাত্র বর্দ্ধিত হইয়া আর নাও বর্দ্ধিত হইতে পারে। এই ঘটনায় রোগিণীর স্বাস্থ্যের কোন ব্যতিক্রম হয় না।

(২) স্বতঃ শোষণ।—আপনা হইতে শোষিত হওয়া অতি বিরল ঘটনা।

(৩) স্বতঃ কোষ বিমুক্ত।—অর্ব্বুদের আবরক শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে ছিন্ন বিচ্ছিন্নতা, বা পচন উপস্থিত হইলে সেই স্থান দিয়া অর্ব্বুদ

আংশিক বহির্গত হইলে জরায়ু সঙ্কোচন জন্য তাহা একেবারে বহির্গত হইয়া যাইতে পারে।

(৪) বৃন্তদ্বারা আবদ্ধ।—জরায়ুর সহিত অর্ব্বুদের সংযোগস্থল ক্রমে সূক্ষ্ম হইয়া বৃন্তবৎ হইলে জরায়ুর গহ্বরস্থিত অর্ব্বুদ যোনি মধ্যে দোদুল্যমানাবস্থায় অবস্থিত হইয়া সৌত্রিক পলিপসে পরিণত হয়। অন্ত্রাবরক ঝিল্লির অভ্যন্তরের সৌত্রিক অর্ব্বুদের উক্ত অবস্থা হইলে অন্য যন্ত্রের সহিত আবদ্ধ বা পেরিটোনিয়মগহ্বর মধ্যে শিথিলাবস্থায় অবস্থিত হয়।

৫। পূয়োৎপন্ন এবং পচন।—এই ঘটনায় সন্নিকটবর্ত্তী অন্য যন্ত্র ছিদ্রীভূত, পেরিটোনাইটিস, এবং সেপ্টিসিমিয়া হইতে পারে। অর্ব্বুদের অংশ বিযুক্ত এবং বহির্গত হওয়ার সম্ভাবনা। সন্নিকটবর্ত্তী অন্য যন্ত্রের সহিত নানা প্রকৃতিতে আবদ্ধ হইয়া থাকে; কখন আবদ্ধাবস্থা সহজে বিযুক্ত করা যায়। আবার কখন বা সংযুক্ত স্থান ছিন্নবিচ্ছিন্ন না করিয়া আবদ্ধাবস্থা বিযুক্ত করা অসম্ভব হয়। অন্ত্র, অন্ত্রাবরক ঝিল্লি এবং মূত্রাশয়ের সহিত শেষোক্ত প্রকৃতির আবদ্ধাবস্থা উৎপন্ন হইতে দেখা যায়।

৬। জরায়ু উল্টান।—জরায়ুর ফণ্ডসের অভ্যন্তরস্থিত অর্ব্বুদ বহির্গত হইয়া প্রশস্ত মূলদ্বারা সম্মিলিত থাকিলে জরায়ু আংশিক উল্টিয়া যাইতে পারে।

সূত্র-কৌষিক অর্ব্বুদ

(ফাইব্রো-সিষ্টিক্ টিউমার
Fibro-cystic tumour.)

পার্থক্য নির্ণয়।

জননেন্দ্রিয়ের পীড়ার মধ্যে জরায়ুর সূত্র-কৌষিক অর্ব্বুদের পার্থক্য নির্ণয়ে যত ভ্রম প্রমাদ পরিলক্ষিত হয়, তদ্রূপ ভ্রম প্রমাদ অন্য

কোন পীড়াতেই উপস্থিত হয় না। বিচক্ষণ বহুদর্শী চিকিৎসক পুনঃ পুনঃ পরীক্ষা করিয়াও কখন কখন এইরূপ ভ্রমে পতিত হইয়া থাকেন। তজ্জন্য বিশেষ সতর্ক হইয়া পরীক্ষা করিতে হয়। অণ্ডাধারের অর্ব্বুদ,গর্ভ এবং জরায়ুর ফাইব্রোসিষ্ট—এই কয়েকটীতে পরস্পর পার্থক্য নির্ণয় করিতে হয়। ইহার প্রত্যেক লক্ষণের সহিত উহাদিগের লক্ষণের কি কি বিভিন্নতা, তাহাই বিবেচনা করা কর্ত্তব্য।

১। যত দিবস হইতে এবং যে প্রকৃতিতে অর্ব্বুদ বর্দ্ধিত হইতেছে।

২। অঙ্গুলী সঞ্চালনে অর্ব্বুদের কোন কোন অংশের বিষম বা নিরেট ভাব।

৩। অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদের তুলনায় ইহার তরল দ্রব্যের সঞ্চালন সহজে অনুভবনীয় নহে।

৪। গর্ভের লক্ষণাদির অভাব।

৫। ইউটিরাইন সাউণ্ড যত অধিক পরিমাণে প্রবিষ্ট হয়।

৬। ইউটিরাইন সাউণ্ড ও উভয় হস্তের পরীক্ষায় জরায়ু সহ অর্ব্বুদ যত সঞ্চালিত হয়।

৭। চৈতন্য হরণ করিয়া সরলান্ত্র এবং যোনি মধ্য দিয়া উভয় হস্তে অর্ব্বুদ পরীক্ষা।

৮। এস্পিরেটার দ্বারা তরল পদার্থ বহির্গত করিয়া পরীক্ষা। (ক) ইহার উপাদানের স্বতঃ এবং উত্তাপে সংযত হওয়া এবং (খ) এটলিসের সৌত্রিক বিধান (Atlee's Fibro-cell) বর্ত্তমান থাকা।

৯। পরীক্ষার জন্য উদর প্রাচীর কর্ত্তন করিয়া দেখিলে জরায়ু প্রাচীরের বিশেষ বর্ণ—কাল্‌সে লাল। প্রাচীরের এই বর্ণ অণ্ডাধারের সিষ্টোমার বর্ণ হইতে সম্পূর্ণ ভিন্ন।

কোমল সৌত্রিক অর্ব্বুদ স্থিতিস্থাপক এবং তরল দ্রব্য সঞ্চালনবৎ অনুভবনীয় হওয়ায় অণ্ডাধারের অর্ব্বুদের সহিত ভ্রম হওয়ার অধিক

সম্ভাবনা। জরায়ুর এই অর্ব্বুদ এবং অণ্ডাধারের কঠিন অর্ব্বুদ অতি বিরল। মসৃণ নিরেট অর্ব্বুদ সচরাচর জরায়ুতে হইয়া থাকে। সৌত্রিক অর্ব্বুদের প্রধান লক্ষণ—শোণিত স্রাব কিন্তু অণ্ডাধারের অর্ব্বুদে তাহা হয় না, অণ্ডাধারের অর্ব্বুদে উভয় আর্ত্তব স্রাবের মধ্যবর্ত্তী সময় অধিক, আর্ত্তব শোণিতের পরিমাণ অল্প এবং অল্প সময় স্থায়ী হওয়াই সাধারণ নিয়ম। বৃহৎ অণ্ডাধারের অর্ব্বুদে জরায়ুগ্রীবা নিম্নে আইসায় সহজে অঙ্গুলী দ্বারা স্পর্শ করা যায়, কিন্তু জরায়ুর বৃহৎ সৌত্রিক অর্ব্বুদে গ্রীবা উত্থিত হওয়ায় সহজে অঙ্গুলী দ্বারা স্পর্শ করা যায় না, ইহাই সাধারণ নিয়ম। কদাচিৎ ইহার বিপরীতাবস্থায় উপস্থিত হয়। সৌত্রিক অর্ব্বুদে জরায়ু গ্রীবা কখন কখন এত ক্ষুদ্র হয় যে, যোনির ছাদের সহিত প্রায় মিলিত হইয়া যায়। অণ্ডাধারের অর্ব্বুদ হইলে জরায়ুগহ্বরে সাউণ্ড সাধারণতঃ স্বাভাবিক পরিমাণে প্রবিষ্ট হওয়াই নিয়ম কিন্তু সৌত্রিক অর্ব্বুদে স্বাভাবিক অপেক্ষা অধিক পরিমাণ সাউণ্ড প্রবিষ্ট হয়। কদাচিৎ ইহার বিপরীত দেখা যায়।

গর্ভাবস্থা ও সৌত্রিক অর্ব্বুদ—পার্থক্য নির্ণয়।

অর্ব্বুদ নির্ণয় সময়ে, গর্ভাবস্থা ও অর্ব্বুদ একই সময়ে বর্ত্তমান থাকিতে পারে; তাহা স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য। অর্ব্বুদ দ্রুত বর্দ্ধিত হইতে আরম্ভ হইলে তৎসহ অন্তঃসত্ত্বাবস্থা সম্মিলিত থাকার অধিকতর সম্ভাবনা। নিয়মিত আর্ত্তব স্রাব বর্ত্তমান থাকিলেই যে গর্ভাবস্থা নহে, তাহা বলা যাইতে পারে না। কারণ অনেক সময়ে গর্ভাবস্থায় নিয়মিত আর্ত্তব স্রাব হইয়া থাকে। রোগিণীর অর্ব্বুদসহ গর্ভাবস্থা সম্মিলিত আছে; অথচ কেবল অর্ব্বুদের অস্তিত্ব বিষয়েই তাহার জ্ঞান আছে, অথবা তদ্বিপরীত অর্থাৎ কেবল গর্ভাবস্থার বিষয়েই সে পরিজ্ঞাতা, অর্ব্বুদের বিষয়ে সম্পূর্ণ অনভিজ্ঞা। এইরূপ উভয় ঘটনাই

পরিলক্ষিত হইয়া থাকে। অপর এক শ্রেণীর রোগিণী দেখিতে পাওয়া যায়, তাহারা অর্ব্বুদের অস্তিত্ব অবগত থাকা সময়ে আর্ত্তব স্রাব রোধ হওয়ায় মনে করে যে, সে গর্ভবতী হইয়াছে। বাস্তবিক পক্ষে গর্ভ নাও হইতে পারে। অর্ব্বুদজনিত বেদনা হওয়ার সময়ে জরায়ু-গ্রীবা যোনির ছাদসহ মিশ্রিত থাকিলে প্রসব-বেদনা বলিয়া ভ্রম হওয়াও আশ্চর্য্য নহে। এইরূপ স্থলে জরায়ুর আকুঞ্চন জন্য ভ্রূণের হস্ত পদাদির বাহ্যদৃশ্য বিলুপ্ত হইয়া যায়, কিন্তু সৌত্রিক অর্ব্বুদের বিষম আকার আরও সুস্পষ্ট প্রকাশ পায়।

গর্ভাবস্থায় কচিৎ নিয়মিত আর্ত্তব স্রাব হয় সত্য কিন্তু তাহা দুই তিন মাস এবং কখন বা পাঁচ কি ছয় মাসের গর্ভ হইলে আর আর্ত্তব স্রাব হয় না। অথচ ইহাও অতি বিরল।

গর্ভাবস্থায় প্রাতঃবমন এবং চারি মাসের গর্ভ হইলে ভ্রূণ সঞ্চালনের বিবরণ অবগত হওয়া যায়, কিন্তু সৌত্রিক অর্ব্বুদে এই লক্ষণ থাকে না।

অর্ব্বুদ নাভি পর্য্যন্ত উত্থিত হইলে তাহা যদি গর্ভজনিত হয় তবে তাহা স্থিতিস্থাপক, সমভাব এবং একবার কঠিন ও আর একবার কোমল অনুভূত হয়, কিন্তু কঠিন সৌত্রিক অর্ব্বুদ হইলে তাহা কঠিন ও অস্থিতিস্থাপক এবং অর্ব্বুদ একাধিক থাকায় বিষম অনুভূত হয়। একটী অর্ব্বুদ পঞ্চম মাস গর্ভের আয়তন বিশিষ্ট হইলে তাহা গর্ভের অনুরূপ উদরগহ্বরের মধ্যরেখায় অবস্থিত হয় না। পরন্তু এইরূপ অর্ব্বুদ অতি বিরল। ইউটিরাইন সুফল উভয়েই শ্রুত হওয়ার সম্ভাবনা। অপিচ পঞ্চম মাসের গর্ভে ভ্রূণ জীবিত থাকিলে তাহার হৃৎপিণ্ডের শব্দ শ্রুত হওয়া যায়, কিন্তু সৌত্রিক অর্ব্বুদে ঐ শব্দ থাকে না। ইহা একটী বিশেষ লক্ষণ।

সঞ্চাপ জন্য যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ও যোনিস্থিত জরায়ু গ্রীবার ঈষৎ বেগুনে বর্ণ, পদের শোথ, স্তনের অবস্থা, জরায়ু গ্রীবার কোমলত্ব

ইত্যাদি গর্ভ, সৌত্রিক অর্ব্বুদ বা অন্য কারণে উপস্থিত হইতে পারে। এই সমস্ত লক্ষণের উপর নির্ভর করা যাইতে পারে না। গর্ভ মধ্যে ভ্রূণ বিনষ্ট হইয়া আবদ্ধ, হাইডেটীফরম মোল ও প্ল্যাসেণ্টা প্রিভিয়ার সহিতও গোলযোগ উপস্থিত হইতে পারে।

আর্ত্তব স্রাব রোধ, জরায়ুর অর্ব্বুদের বিষমাকার ও গর্ভের নির্দ্দিষ্ট সময়ে যত বৃহৎ হওয়া আবশ্যক তদপেক্ষা বৃহৎ হইলেও যদি গর্ভ হওয়ার সম্ভাবনা থাকে, তবে ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডের শব্দ পাওয়ার আশায় কতক দিবস অপেক্ষা করা উচিত।

জরায়ুর অর্ব্বুদের চিকিৎসা।

জরায়ুর অর্ব্বুদের দুই প্রকার চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করা যাইতে পারে। (১) উপশমার্থে ভিন্ন ভিন্ন উপায় অবলম্বন। (২) অস্ত্রোপচার দ্বারা অর্ব্বুদ দূরীকরণ।

উপশমার্থে নিম্নলিখিত কয়েকটী বিষয় লক্ষ্য করিয়া উপায় অবলম্বন করিতে হয়।

১। রক্তাবেগ ও রক্তাধিক্যের হ্রাস।

২। যোনির স্রাব রোধ।

৩। অর্ব্বুদ শোষণ।

৪। বেদনা নিবারণ ও মল-মূত্রাশয়ের কষ্টের উপশম।

রক্তাবেগ ও রক্তাধিক্যের হ্রাস।—এই উদ্দেশ্যে এক্‌ষ্ট্রাক্ট লিকুইড আর্গট, হাইড্রেষ্টিস্, ষ্টিপ্‌টিসিন, ডিজিটেলিস্, আইওডাইড অফ্ পটাশ, ব্রোমাইড অফ্ সোডিয়ম এবং পটাশিয়ম প্রভৃতি ব্যবস্থা করিতে হয়।

সিরপ অফ্ ল্যাক্টোফস্‌ফেট অফ্ লাইম এবং সিরপ অফ্ হাইপোফস্ফাইটস একত্রে ℥ii মাত্রায় প্রত্যহ তিন বার প্রয়োগ করিলে

উপকার হয়। ফেলোর সিরপও উপকারী। পুনঃ পুনঃ শোণিত স্রাব জন্য রক্তাল্পতায় দীর্ঘকাল প্রয়োগ করা আবশ্যক।

হাইড্রেষ্টিস্ ক্যানাডেন্সিস্—ইহাও কোন কোন স্থলে শোণিত স্রাব রোধ করিয়া উপকার করে। টিংচার বা একষ্ট্রাক্ট ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। শোণিত স্রাব রোধার্থে আভ্যন্তরিক প্রয়োগ জন্য নিম্নলিখিত ব্যবস্থা পত্র উৎকৃষ্ট।

Re.			
	এসিড স্ক্লেরোটিক	..	gr iv
	টিংচার ডিজিটেলিস	..	min lxxx
	টিংচার হাইড্রেষ্টিস ক্যান	..	ʒss
	টিংচার ম্যাটিকো	..	℥ss
	এলিক্স স্যাকারিণ	..	min xxx
	ইনফিউজন ম্যাটিকো	.. সমষ্টিতে	℥viii

একত্র মিশ্রিত করিয়া আট দাগ করিতে হইবে। ৩।৪ ঘণ্টা পর এক এক দাগ সেব্য।

স্ক্লেরোটিক এসিডের পরিবর্ত্তে লিকুইড একষ্ট্রাক্ট আর্গট (℥ss) এবং টিংচার ডিজিটেলিসের পরিবর্ত্তে ষ্ট্রপেন্থাস বা উভয়েই একত্রে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। হাইড্রেষ্টিস সম্বন্ধে পূর্ব্বে উল্লেখ করা হইয়াছে।

স্থানিক প্রয়োগ জন্য উষ্ণ ডুস প্রয়োগ, গ্রীবার কর্ত্তন, ট্যানিক এসিড্ গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন, হস্তের পেশারী প্রয়োগ, গ্রীবা প্রসারণ, আইওডিন ও ব্রোমিন সংশ্লিষ্ট স্নান, এবং কিসিনজেন বা উডহল জল পান উপকারী। সঙ্গম হ্রাস এবং আর্ত্তব স্রাব সন্নিকটবর্ত্তী সময়ে পরিবর্জ্জনীয়।

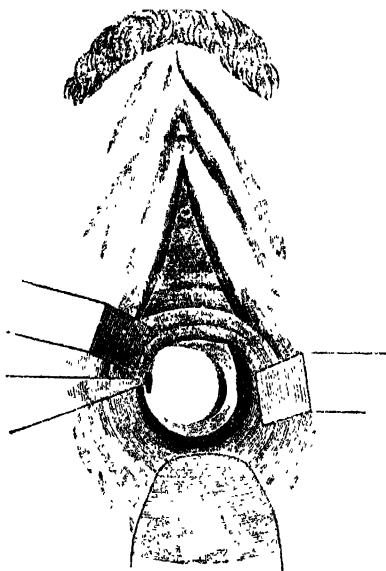
শোণিত স্রাবরোধ জন্য ত্বক্ নিম্নে আর্গটিন প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। অধিক মাত্রায়, এমন কি ১৫ গ্রেণ বোজিনের

আর্গটিন জল ও গ্লিসিরিণ সহ মিশ্রিত করিয়া নিতম্বদেশে প্রয়োগ করা যাইতে পারে কিন্তু সাধারণতঃ ৩—৫ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করা উচিত। পিচকারীর সূচিকা পেশী মধ্যে গভীর স্তরে প্রবিষ্ট করাইয়া তৎপর ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত। কেবল ত্বক নিম্নে প্রয়োগ করিলে স্ফোটক হওয়ার সম্ভাবনা। ইহাতে শোণিত স্রাব রোধ করে সত্য, কিন্তু অর্ব্বুদ বিধানের পরিবর্ত্তন উপস্থিত করিয়া শোষণের কিম্বা জরায়ুর অভ্যন্তরস্থিত অর্ব্বুদ আপনা হইতে বহির্গত হওয়ার সহায়তা করার অল্পই আশা করা যাইতে পারে। শতাধিক পিচকারী প্রয়োগ করিয়াও শেষোক্ত দুইটী উপকার পাওয়া যায় নাই। স্ক্লেরোটিক এসিডও অধঃত্বাচিক (Gr ½ to Gr 1) প্রণালীতে প্রয়োগ করা হয়। আর্গটিন দ্রব সদ্যঃ প্রস্তুত করিয়া প্রয়োগ করা উচিত। সঙ্কোচক ঔষধ আভ্যন্তরিক প্রয়োগ করিতে হয়। প্রত্যহ তিনবার ১১৫ f—১২০ f উষ্ণ জলের ডুস প্রয়োগ উপকারী। এক একবার ১০—১৫ মিনিট কাল ডুস্ প্রয়োগ করা আবশ্যক।

জরায়ু গ্রীবা প্রসারণ জন্য স্পঞ্জ বা ল্যামিনেরিয়াটেণ্ট প্রয়োগ করিতে হয়। অস্থায়িভাবে শোণিতস্রাব নিবারণ জন্য এই উপায়ই শ্রেষ্ঠ।

জরায়ুগ্রীবার কর্ত্তন, রজঃকৃচ্ছ্রের লক্ষণ এবং গ্রীবার সৌত্রিক অর্ব্বুদ জন্য এই উপায় অবলম্বন করিতে হয়।

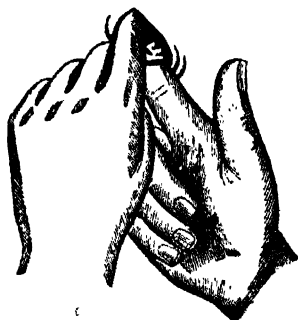
জরায়ুর ও অণ্ডাধারের ধমনীতে লিগেচার।—অনেক চিকিৎসক প্রথমে হিষ্টেরেক্টোমী এবং উফরেক্টোমী অস্ত্রোপচারের পরিবর্ত্তে এই উপায় অবলম্বন করেন। এই শোণিতবাহিকা বন্ধনের ফলে শোণিত স্রাব রোধ এবং অর্ব্বুদ হ্রাস হওয়ার সম্ভাবনা।

যোনির উভয় পার্শ্বে রিট্র্যাক্টার দ্বারা ফাঁক করিয়া রাখিবে, জরায়ু গ্রীবা বিদ্ধ ও রেসমের সূত্র প্রবেশ করাইয়া আকর্ষণ করিয়া দক্ষিণ পার্শ্বে রাখিবে, গ্রীবার অভ্যন্তর হইতে কোন স্রাব নিঃসৃত হইতে থাকিলে পচননিবারক গজ ট্যাম্পন দ্বারা তাহা বন্ধ করিয়া দিবে, জরায়ু নিম্নে আকর্ষণ করিয়া আনিয়া গ্রীবার সহিত যোনির সম্মিলন স্থলের

১১৬শ তম চিত্র।—বাম পার্শ্বের ব্রড লিগামেন্টে কর্ত্তন করান প্রণালী।

শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে বক্র কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করিয়া তন্মধ্যে কাঁচির এক ফলক প্রবেশ করাইয়া ব্রডলিগামেন্টের সমকোণে দুই ইঞ্চ দীর্ঘ একটী কর্ত্তন করিবে, উভয় হস্তের তর্জ্জনী অঙ্গুলী কর্ত্তনের মধ্যে প্রবেশ করাইয়া যোনি গঠন হইতে ব্রডলিগামেন্ট পৃথক করিবে, মূত্রাশয়ের সম্মুখের এবং পার্শ্বের দুই ইঞ্চ ঊর্দ্ধ পর্য্যন্ত স্থান পৃথক করিতে হয়। এই অনুষ্ঠানের ফলে ইউরিটার এরূপ ব্যবধানে যায় যে, তাহা বন্ধনের মধ্যে আসিতে পারে না। পশ্চাদ্দিকেও এইরূপে পৃথক্ করিতে হয়। এই কার্য্যের সময়ে পেরিটোনিয়ম আহত না হয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ লক্ষ্য রাখিতে হইবে। জরায়ু হইতে এক কি দেড় ইঞ্চ ব্যবধানে

ব্রডলিগামেণ্ট তর্জ্জনী অঙ্গুলী দ্বারা ১১৮শতম চিত্র প্রদর্শিত প্রণালীতে ধারণ করিবে, ১২ নম্বরের বিণান রেসমের সূত্র দ্বারা সূচিকা সজ্জিত করিয়া তর্জ্জণীর সাহায্যে

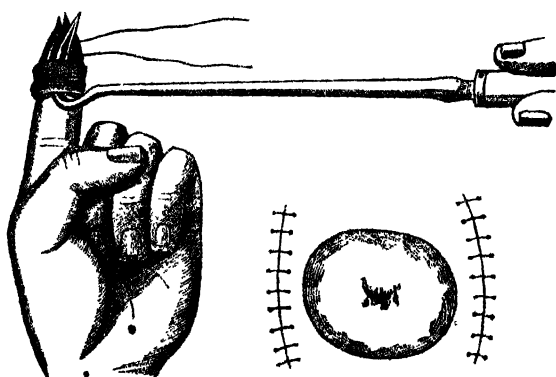
১১৭শ তম চিত্র।—অঙ্গুলী দ্বারা ব্রড লিগামেণ্ট পৃথক করার প্রণালী।

ব্রডলিগামেণ্টের পশ্চাৎ দিয়া চালিত ও উপরের নির্দ্দিষ্ট স্থানভেদ করিয়া বহির্গত করিবে। এই সূচিকা প্রবেশ করানের সময়ে সাবধান হইবে যেন কোন স্পন্দনশীল শোণিতবাহিকা সূচিকা দ্বারা বিদ্ধ না হয়।

১১৮শ তম চিত্র।—ব্রড লিগামেণ্টের মূল ধারণ করিবার প্রণালী।

জরায়ু হইতে এক ইঞ্চ ব্যবধানে ব্রডলিগামেণ্ট বন্ধন করিয়া সূত্রের অবশিষ্ট অংশ কর্ত্তন পূর্ব্বক পরিত্যাগ করিলেই গ্রন্থি অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হইবে। অপর পার্শ্বের শোণিতবাহিকাও এই প্রণালীতে বন্ধন করিতে হয়। যোনির ছাদের কর্ত্তনের কিনারা দ্বয় ক্যাটগাট সূত্র

দ্বারা একত্রে সেলাই করিয়া দিলেই রেসমের সূত্রের গ্রন্থি সম্পূর্ণরূপে অভ্যন্তরে অবস্থিত হয়। গ্রীবায় যে রেসমের সূত্র প্রবেশ করান হইয়াছিল, তাহা বহির্গত করিয়া যোনি গহ্বর আইওডোফরমগজ দ্বারা পরিপূর্ণ করিয়া দিতে হয়।

পরবর্ত্তী চিকিৎসা পচননিবারক প্রণালীতে সম্পাদন করিলে এক সপ্তাহ মধ্যে যোনির কর্ত্তন শুষ্ক হইতে পারে।

অর্ব্বুদ শোষণ জন্য আগট ও আর্গটিন প্রয়োগ করা হয়। জরায়ু প্রাচীর বা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অভ্যন্তরস্থিত কোমল অর্ব্বুদ হইলে পূর্ব্ববর্ণিত প্রণালীতে ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। পারক্লোরাইড অফ মার্কারী, আইওডাইড অফ পটাশিয়ম এবং আইওডিনও প্রয়োগ করা হয়।

১১৯শ তম চিত্র।—ব্রড লিগ্যামেন্টের মূলে সূত্র প্রবেশ করানের প্রণালী।

১২০শ তম চিত্র।—গ্রীবার উভয় পার্শ্বস্থিত যোনির ছাদের কর্ত্তন সেলাই দ্বারা বন্ধ করা হইয়াছে।

বৈদ্যুতিক স্রোত পরিচালিত হইলেও উপকার হয়। এই উদ্দেশ্যে এপোষ্টলীর ইলেক্ট্রো কষ্টিক চিকিৎসা প্রণালীর ফল মন্দ নহে, কিন্তু এদেশে কিরূপ ফল হয়; তাহা এখনও স্থির হয় নাই

মল মূত্রাশয়ের কষ্ট ও বেদনা নিবারণ জন্য ব্রোমাইড এবং অবসাদক ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক। অর্ব্বুদ অন্ত্রাবরক ঝিল্লির অভ্যন্তরে বৃহৎ হইলে তাহা বস্তিগহ্বর হইতে উদরগহ্বরাভিমুখে উঠাইয়া দিলে সঞ্চাপ জন্য কষ্টের লাঘব হওয়ার সম্ভাবনা। মল মূত্রাশয় পরিষ্কার রাখা উচিত।

উদরগহ্বরের অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলে ডায়ফ্রম পেশীকে সঞ্চাপিত করায় ফুসফুস ইত্যাদির শোণিত সঞ্চালনের বিঘ্ন হওয়ায় হৃৎপিণ্ডের মেদাপ-কৃষ্টতা উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। ইহাতে সাধারণ স্বাস্থ্যও বিনষ্ট হয়।

শোণিত স্রাব জন্যই রোগিণীর রক্তাল্পতা উপস্থিত হয়, তজ্জন্য প্রথমেই আর্গট, হেমিমেলিস, ও সহ্য হইতে পারে এমত উষ্ণ জলের ডুস ব্যবস্থা করিবে। তাহাতে সুফল না হইলে জরায়ুগ্রীবা প্রসারিত করিয়া জরায়ুগহ্বর চাঁছিয়া টিংচার আইওডিন প্রয়োগ করিবে। ইহাতেও কোন ফল না হইলে ধমনী বন্ধন এবং তাহাতে সুফল না না হইলে রোগিণীর দৈহিক গুরুত্বের উপর লক্ষ্য রাখিয়া এপোষ্টলীর প্রণালীতে বৈদ্যুতিক স্রোত প্রয়োগ করিয়া দেখিবে, কিন্তু রোগিণীর রক্তাল্পতা এবং দৈহিক গুরত্ব ক্রমেই হ্রাস হইতে থাকিলে অনর্থক কাল বিলম্ব না করিয়া অর্ব্বুদ কর্ত্তন করিয়া দুরীভূত করাই সৎপরামর্শ। এই সমস্ত গুরুতর অস্ত্রোপচার বর্ণনার পূর্ব্বে অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে পচন-নিবারক প্রণালী, সীবন, বন্ধন এবং আবশ্যকীয় দ্রব্যাদির বিষয় পুনর্ব্বার উল্লেখ করিব। ঐ সমস্ত বিষয়ে যত সতর্ক হওয়া যায়; অস্ত্রোপচারের পরিণামফলও তত সন্তোষজনক হয়।

অষ্টাদশ অধ্যায়।

জরায়ু ও তৎসন্নিকটস্থিত গঠনের অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে সাধারণ মন্তব্য।

(General observation on the operative surgery of the uterus and annexa)

পচন নিবারণ সম্বন্ধে সতর্কতা।—পচনোৎপাদক পদার্থ পরিবর্জ্জন করিয়া উদরগহ্বর উন্মুক্ত অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইলে যত সুফল লাভের সম্ভাবনা, পচন সংস্রবে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইলে তত কুফল লাভের সম্ভাবনা। এই বিষয়টী স্মরণ রাখিয়া যতদূর সম্ভব পচন-নিবারক প্রণালী অবলম্বন করা কর্ত্তব্য। পচনোৎপাদক পদার্থ পরিবর্জ্জন পূর্ব্বক অস্ত্রোপচার করার সুবিধা না হইলে অস্ত্রোপচার পূর্ব্বক অপযশঃ গ্রহণ করা অপেক্ষা বরং অস্ত্রোপচার না করাই শ্রেয়ঃ। পচনোৎপাদক পদার্থ পরিবর্জ্জন করিয়া অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হওয়াতেই ইডেন হস্পিটালের এত সুফল হইতেছে। অস্ত্রোপচারের আরম্ভ হইতে শেষ পর্য্যন্ত তৎসংশ্লিষ্ট সমস্তই পচন বিবর্জ্জিত হওয়া উচিত। (১) অস্ত্রোপচারক (২) সাহায্যকারী, (৩) অস্ত্র ও আবশ্যকীয় দ্রব্য, (৪) অস্ত্রোপচার ও রোগিণীর বাসগৃহ, (৫) প্রযোজ্য ঔষধাদি, (৬) এবং রোগিণী—এই সমস্তের মধ্যে কোন একটীর সহিত পচনোৎপাদক পদার্থ সংশ্লিষ্ট হইলে সমস্ত পরিশ্রমের ফল বিনষ্ট হইতে পারে।

অস্ত্রোপচারক স্বয়ং পচনোৎপাদক পদার্থ বিবর্জ্জিতাবস্থায় অস্ত্রোপচার ও পরবর্ত্তী চিকিৎসা করিবেন। সম্পূর্ণ আরোগ্য না হওয়া

পর্য্যন্ত নিয়মাধীন থাকিতে হইবে। তাঁহার ব্যবহার্য্য বস্ত্রাদি সম্বন্ধে যদি সামান্য সন্দেহ উপস্থিত হয় যে,তাহা দূষিত পদার্থ সংশ্লিষ্ট হইয়াছে,তবে সেই বস্ত্র পরিধান করিয়া অস্ত্রোপচারক রোগিণীর গৃহে কখনই প্রবেশ করিবে না। হস্তাদি প্রথমে পচননিবারক সাবান দ্বারা ধৌত করিয়া কার্ব্বলিক জল দ্বারা ধৌত করার পর রোগিণী ও অস্ত্রোপচার সংশ্লিষ্ট দ্রব্য স্পর্শ করিবেন। নখের মধ্যে ময়লা আবদ্ধ না থাকে, তাহা দেখা কর্ত্তব্য। পারক্লোরাইড লোসন (১—১০০০) আইডোল লোসন (১—৫০) পারম্যাঙ্গেনেট অফ্ পটাশ লোসন (গাঢ়) বা অন্য পচন-নিবারক জল দ্বারাও পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন করা (শোধন করা) যাইতে পারে। কণ্ডিজ লোশনে হস্ত রঞ্জিত হইলে প্রথমে উষ্ণ গাঢ় অক্স্যালিক এসিড দ্রব ও পরে মিল্ক অফ্ লাইম দ্বারা পরিষ্কার করা যায়।

সাহায্যকারী ও পরিচারিকা।—যাহারা রোগিণীকে বা অস্ত্রোপচার সংশ্লিষ্ট দ্রব্যাদি স্পর্শ করিবে তাহাদিগের প্রত্যেককে উক্ত নিয়মে পচন পরিবর্জ্জন করিতে হইবে।

পরিষ্কার সম্বন্ধে শুশ্রূষাকারিণী ও পরিচারিকাদিগের প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখা উচিত। তাহারা পরিষ্কারের মর্ম্ম গ্রহণে অসমর্থা জন্য অনেক সময় নিয়ম ভঙ্গ করিয়া বিষম অনিষ্ট সাধন করে। সর্ব্বপ্রকারে পরিষ্কার আছে অথচ সহসা হস্ত দ্বারা নিজ নাসিকার শ্লেষ্মা ফেলিয়া সেই হস্ত দ্বারা কাপড় বা অস্ত্রোপচার সংশ্লিষ্ট অন্য কোন দ্রব্য স্পর্শ করিল, এই সামান্য অনবধানতায় যে, সমস্ত পরিশ্রম পণ্ড—এমন কি রোগিণীর জীবন নষ্ট হইতে পারে, ইহা শুশ্রূষাকারিণীর জ্ঞানাতীত। তজ্জন্যই বিশেষ সতর্ক হইতে হয়। এত সামান্য বিষয় সমূহও লক্ষ্য রাখিতে হয়।

সাহায্যকারিণী পূর্ব্বের দিবস আবশ্যকীয় ঔষধ, লোসনাদি রাখার জন্য পাত্র, অস্ত্রোপচারের টেবেল ও স্থান, ওয়াটারপ্রুফসিট, ফ্লানেল,

রোগিণীর শয্যা, বিভিন্ন রূপ স্থূপ, ড্রেনেজটিউব, ড্রেসিং, ব্যাণ্ডেজ ও ডুস, আইওডোফরম প্রভৃতির গজ, স্পঞ্জ প্রভৃতি আবশ্যকীয় সমস্ত দ্রব্য পর্য্যবেক্ষণ করিয়া যথাস্থানে সন্নিবেশিত করিবে। এবং পথ্য, ধৌত ও এনিমা ইত্যাদি তৎকালের উপযুক্ত করিয়া প্রয়োগ করিবে। চিকিৎসকের আইসার পূর্ব্ব পর্য্যন্ত সমস্ত কার্য্য সাহায্যকারিণীকে সম্পন্ন করিতে হয়। তজ্জন্য স্ত্রীজননেন্দ্রিয়ে অস্ত্রোপচারের সাহায্যকারিণীর দায়িত্ব গুরুতর। সাহায্যকারিণী প্রফুল্লচিত্তা, শান্তা, দৃঢ়প্রতিজ্ঞা, নিয়োজিত কার্য্যে অবিচলিতা, স্থিরবুদ্ধি, ক্ষিপ্রকর্ম্মা, উৎসাহশীলতা, প্রত্যুৎপন্নমনাঃ, এবং দায়িত্ব বোধ প্রভৃতি গুণবিশিষ্টা হওয়া উচিত। স্পঞ্জ, ধৌত, জল ও লোশন সংগ্রহ এবং লিগেচার ও সুচার জন্য সূচিকা সূত্র দ্বারা সজ্জিত করিয়া দেওয়ার জন্য অপর একজন সাহায্যকারীর প্রয়োজন।

অস্ত্রশস্ত্র ও আবশ্যকীয় দ্রব্য সমূহ অস্ত্রোপচার গৃহে আনার পূর্ব্বে তাহা উত্তমরূপে পরিষ্কার করা উচিত। পূর্ব্বে অস্ত্র কার্য্যে ব্যবহৃত অস্ত্রে তৎসংশ্লিষ্ট শোণিতাদি সংলগ্ন থাকিলে বিষম অনিষ্ট হইতে পারে। সূচিকার-রন্ধ্র মধ্যে, অস্ত্র ও যন্ত্রের সংযোগ স্থলে ময়লা ইত্যাদি আবদ্ধ থাকার সম্ভাবনা জন্য ঐ সমস্ত অংশ বিশেষরূপে পরিষ্কার ও পরীক্ষা করা উচিত। ধৌত করার পর পরিষ্কার মৃত্তিকার হাঁড়ীতে জল পূর্ণ করিয়া তাহাতে অল্প পরিমাণ সোডা সংযোগ এবং অস্ত্রাদি নিমজ্জিত করিয়া কতকক্ষণ জ্বাল দিয়া জল অনেকক্ষণ পর্য্যন্ত ফুটিত হইলে অন্য পরিষ্কার ফরসেপস্ দ্বারা অস্ত্রসমূহ উঠাইয়া পুনর্ব্বার অণু পচননিবারক জল মধ্যে নিমজ্জিত করিয়া আবৃত করিয়া রাখিতে হয়। অস্ত্র সমূহ অপরিষ্কার হস্ত দ্বারা স্পর্শ করিলেই শোধন কার্য্য নিষ্ফল হইল। তাহা স্মরণ রাখা উচিত। অস্ত্রোপচারের অনেক পূর্ব্বে এইরূপে শোধন করা উচিত। তৎপর যে যে অস্ত্র অস্ত্রোপচারে নিশ্চিত আবশ্যক হইবে

তাহা অস্ত্রোপচারকের সন্নিকটে একটী টেবেলে রক্ষিত কাঁচ পাত্রে পচন-নিবারক জল মধ্যে নিমজ্জিত রাখিবে। যে সমস্ত অস্ত্র আবশ্যক হওয়ার সম্ভাবনা, তাহা উক্ত টেবেলের অল্প ব্যবধানে ঐরূপ প্রণালীতে রাখিতে হইবে। সমস্ত অস্ত্র এক খণ্ড পরিষ্কার মলমল দ্বারা আবৃত করিয়া সূত্র দ্বারা বন্ধন করতঃ হাঁড়ীর মধ্যে নিমজ্জিত এবং সংলগ্ন সূত্র উপরে রাখিলে হাঁড়ী হইতে অস্ত্র বহির্গত করার সুবিধা হইতে পারে।

স্পঞ্জ সম্বন্ধে অধিকতর সতর্ক হওয়া আবশ্যক। স্পঞ্জের সংখ্যা না মিলাইয়া সহসা বলা হইল—উদরের অভ্যন্তরে আর স্পঞ্জ নাই—চিকিৎসক উদরের কর্ত্তন বন্ধ করিলেন। অথচ উদরগহ্বরে অজ্ঞাত ভাবে একখণ্ড স্পঞ্জ রহিল। এইরূপ ঘটনায় রোগিণীর মৃত্যু হওয়ার বিষয় গ্রন্থকার স্বয়ং অবগত আছেন। তজ্জন্য স্পঞ্জের সংখ্যার বিষয় বিশেষরূপ সতর্ক হওয়া উচিত। যে স্পঞ্জ অন্য অস্ত্রোপচারে ব্যবহৃত হইয়াছে, তাহা অপর অস্ত্রোপচারে ব্যবহার করা অপেক্ষা বরং নষ্ট করাই ভাল। অভাবপক্ষে বিশেষরূপে সিদ্ধ ও শোধন করিয়া তৎপর ব্যবহার করিতে হয়।

বিশুদ্ধ উৎকৃষ্ট স্পঞ্জ না থাকিলে নূতন ধোলাই মলমল ক্ষারজলে উত্তমরূপে সিদ্ধ করিয়া সমস্ত মাড় ময়লা ইত্যাদি পরিষ্কার করতঃ শুষ্ক করিয়া পুনর্ব্বার কার্ব্বলিক বা সবলাইমেট দ্রবে নিমজ্জিত করিয়া রাখিবে। পরে শুষ্ক করিয়া লইয়া স্তরে স্তরে বিন্যস্ত এবং ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র চতুষ্কোণ খণ্ডে কর্ত্তন ও প্রত্যেক কোণে সেলাই দ্বারা স্তর সমস্ত একত্রে আবদ্ধ করিয়া পুনর্ব্বার পচননিবারক দ্রব মধ্যে নিমজ্জিত ও আবৃত রাখিবে। এই পচন-নিবারক জল মধ্যে মধ্যে পরিবর্ত্তন করিতে হয়। ব্যবহার করার পূর্ব্বে আর একবার উষ্ণ স্ফুটিত জলে সিদ্ধ করিয়া নিংড়াইয়া লইতে হয়। আমাদিগের পক্ষে ইহাই সুলভ এবং উৎকৃষ্ট। এই পরিষ্কৃত মলমল স্তর এমত ক্ষুদ্র করিয়া কর্ত্তন করিতে হয় যে, তাহার গোলা পাকাইয়া

হইলে মুষ্টির মধ্যের আয়ত্ত হইতে পারে। এতদ্দ্বারা রক্তরসাদি উত্তম রূপে শোষিত হয়। একখণ্ড মসলিন দূষিত পদার্থ সংশ্লিষ্ট না হইলে এক অস্ত্রোপচার সময়ে কয়েকবার ব্যবহার করা যাইতে পারে। অস্ত্রোপচার শেষ হইলেই ব্যবহৃত মসলিন বিনষ্ট করা উচিত।

ঔষধালয়ে যে সমস্ত পচননিবারক স্পঞ্জ বিক্রয় হয়, তাহা ব্যবহারের পূর্ব্বে কয়েক ঘণ্টা যথাক্রমে ফুটিত উত্তপ্ত ও পচননিবারক উষ্ণ জল মধ্যে নিমজ্জিত রাখিয়া তৎপর ব্যবহার করা উচিত।

অস্ত্রোপচারের প্রকোষ্ঠে অস্ত্রোপচার আরম্ভ হওয়ার অর্দ্ধঘণ্টা পূর্ব্বে নিম্নলিখিত আবশ্যকীয় দ্রব্য সমূহ সংগ্রহ করিয়া রাখা আবশ্যক।—লিণ্ট, এঢেসিভ প্লাষ্টার, হস্ত পদের ব্যাণ্ডেজ, লেগক্রচ, জানুর ষ্ট্র্যাপস্, কোমল ফ্ল্যানেল ব্যাণ্ডেজ, শোধিত পচননিবারক তুলা, পচননিবারক গজ, কার্ব্বলিক জল, কার্ব্বলিক এসিড্, পারক্লোরাইড লোশন, কার্ব্বলিক তৈল, ইরিগেশনক্যান, সেলাই ও বন্ধন জন্য গাট ও রেসম সূত্র, রৌপ্য তার, এপ্রোণ, মোমজামা, ভিন্ন ভিন্ন রূপ ড্রেনেজটিউব, সেফটীপিন, রোগিণীর দেহ আবরণ জন্য বিশুদ্ধ পরিষ্কৃত বস্ত্র, উষ্ণজলের বোতল, জল ধরার জন্য ছোটবড় কয়েকটী পাত্র, উষ্ণজল রাখার জন্য পাত্র, প্রশস্ত বড় ও ছোট ছোট স্পঞ্জ, স্পঞ্জ হোলডার, আইওডোফরম প্রক্ষেপ পাত্র, চামচ ও ব্র্যাণ্ডী, ইথর, লাইকর ষ্ট্রিক্‌নিয়া, লবণ, ক্লোরফরম এবং অস্ত্র ও যন্ত্রাদির মধ্যে—রিট্র্যাক্টার, স্ক্যালপেল, বক্র বিষ্টরী, গ্রুভড ডিরেক্‌টার, ভলসেলা, টেনাকিউলা, ডিসেক্‌টিং ও ড্রেসিং ফরসেপস্, নানাবিধ প্রেসার ফরসেপস, নানারূপ বক্র ও সরল কাঁচী, কয়েকটী ওয়েলসের টর্শন ফরসেপস্, এনিউরিজম ও পেরিনিয়াল নিডল, ওয়ার-টুইষ্টার, কয়েকটী ট্রোকার, এস্পিরেটার, নিডল হোলডার, ক্ল্যাম্প, সেরনিউড, পেডিকেল নিডল, ওভেরিওটমী-ট্রোকার, রেসম সূত্র ও গাট প্রবেশ করানের উপযুক্ত কয়েকটী সরল

ও বক্র সূচিকা আবশ্যক। কয়েকটা সূচিকায় সূত্র প্রবেশ করাইয়া রাখা উচিত। এক্রিয়েজার, কটারী, পেকুলিনের থারমো কটারী, এবং অধঃত্বাচিক পিচকারীও আবশ্যক হইতে পারে।

অস্ত্রোপচার প্রকোষ্ঠ ও ড্রেসিং সমস্ত বিশেষরূপ পর্য্যবেক্ষণ করা আবশ্যক। প্রকোষ্ঠ মধ্যে উজ্জ্বল আলোক প্রবেশ করে, অথচ অত্যন্ত উত্তপ্ত বা শীতল না হয়, এরূপ প্রকোষ্ঠ নির্দ্দিষ্ট করা কর্ত্তব্য।

কাহার বসতবাটীতে অস্ত্রোপচার করিতে হইলে উৎকৃষ্ট প্রকোষ্ঠের সমস্ত দ্রব্য বহির্গত করিয়া দিয়া সমস্ত অংশে পুনর্ব্বার চূণকাম করা আবশ্যক। চূণ ফিরানের পূর্ব্বে দেওয়াল, ছাদ ও মেজে ইত্যাদি কোন স্থানে ময়লা থাকিলে তাহা পরিষ্কার করিয়া তৎপর চূণকাম করিতে হয়। মেজেও উত্তমরূপে পরিষ্কার করিয়া যথেষ্ট জল দিয়া ধৌত করিতে হয়। চূণকাম শেষ হইলে যে যে অংশে বর্ণের প্রলেপ থাকে, সেই সেই স্থান এবং মেজে কার্ব্বলিক জল দ্বারা ধৌত করিবে। এইরূপে পরিষ্কার ও গৃহের মধ্যস্থিত অস্ত্রোপচারের অনাবশ্যকীয় সমস্ত দ্রব্য বহির্গত না করিয়া কখনই অস্ত্রোপচার করিবে না। গৃহ পরিষ্কৃত হইলে অস্ত্রোপচারের যথোপযুক্ত পরিষ্কার টেবেল ও অন্যান্য দ্রব্য যথাস্থানে সংস্থাপিত করিবে। এই সমস্ত অনুষ্ঠান রোগিণীর অজ্ঞাতসারে সম্পন্ন করিতে পারিলেই ভাল হয়। যে প্রকোষ্ঠে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইবে,তাহার সন্নিকটস্থিত অন্য গৃহে ক্লোরফরম দ্বারা রোগিণীকে অজ্ঞান করিয়া তৎপর অস্ত্রোপচার গৃহে আনয়ন করা উচিত। অস্ত্রোপচার গৃহের সন্নিকটেই কোন স্থানে উননে জল ফুটিতাবস্থায় রাখিতে হয়। রোগিণীকে অস্ত্রোপচারের টেবেলে আনার পূর্ব্বেই চিকিৎসকের দক্ষিণ পার্শ্বে আবশ্যকীয় ড্রেসিংসমূহ সংগৃহীত, অস্ত্র ও যন্ত্র সমূহ সুসজ্জিত, সূচিকায় সূত্র সম্বলিত, বন্ধনের রেশম, সিল্ক ওয়ারমগট ইত্যাদি আবশ্যকীয় অংশে কর্ত্তিত, স্পঞ্জ, মলমল খণ্ড, ফরসেপস্ গণনা করিয়া লিপি

বন্ধ ও যথাস্থানে বিন্যস্ত, এবং অন্যান্য দ্রব্য যথোপযুক্ত স্থানে স্থাপন পূর্ব্বক সাহায্যকারী ও পরিচারিকাগণ স্ব স্ব স্থান গ্রহণ করতঃ নির্দ্দিষ্ট কার্য্য সম্পাদন জন্য প্রস্তুত হইবে। ফরসেপস্ ও স্পঞ্জ ইত্যাদির সংখ্যা একখণ্ড শ্লেটে বৃহদক্ষরে লিপিবদ্ধ করিয়া প্রকোষ্ঠ প্রাচীরের এমত স্থানে সংলগ্ন করিয়া রাখিতে হইবে যে, সহজেই দৃষ্টিপথে পতিত হয়। অস্ত্রোপচার সময়ে কেবল একমাত্র অস্ত্রোপচারক ব্যতীত অপর কেহই বাক্যোচ্চারণ বা অন্যরূপ শব্দ করিতে পারিবে না।

রোগিণী।—এক দিবস পূর্ব্বে এক মাত্রা ক্যাষ্টরঅইল সেবন, উষ্ণ জলদ্বারা স্নান করাইয়া গাত্র পরিষ্কার এবং যোনির মধ্যে পচননিবারক ট্যাম্পন প্রয়োগ করিতে হয়। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বদিবস প্রাতঃকালে উদর-প্রাচীর ও জননেন্দ্রিয় পচননিবারক সাবান দ্বারা উত্তমরূপে ধৌত ও লোম ইত্যাদি ক্ষৌর কার্য্য দ্বারা পরিষ্কার করিবে। সহস্রাংশে একাংশ সবলাইমেট দ্রবদ্বারা উত্তমরূপে ধৌত করার পর পচননিবারক তুলা সালফিউরিক ইথর সিক্ত করতঃ তদ্দ্বারা ঘর্ষণ করিলে উত্তমরূপে পরিষ্কৃত হয়। প্রস্রাব করার পর ঐরূপে ত্বক্ পরিষ্কার করিয়া উদর-প্রাচীর পচননিবারক গজ দ্বারা আবৃত করিয়া রাখা উচিত।

অস্ত্রোপচারের কয়েক ঘণ্টা পূর্ব্বে পারক্লোরাইড (১—২০০০) বা বিনআইওডাইড (১—৪০০০) মার্কারী দ্রব দ্বারা যোনি ধৌত ও এনিমা দ্বারা মলভাণ্ড পরিষ্কার করিয়া বোরিক এসিড দ্রব (৩০—১০০০) দ্বারা ধৌত করিতে হয়।

রোগিণীকে বিশুদ্ধ পরিষ্কার বস্ত্র ও বিশুদ্ধ জামা পরাইয়া রাখিবে।

অস্ত্রোপচার গৃহে আবশ্যকাধিক লোক প্রবেশ করিতে না পারে তৎসম্বন্ধে বিশেষ সতর্ক হওয়া উচিত। অন্য লোকের সন্তুষ্টির জন্য অমূল্য জীবন সঙ্কটাপন্নাবস্থায় স্থাপন করা মহাপাপ। অভিজ্ঞ

চিকিৎসক ইহাতে বিচলিত না হইতে পারেন, কিন্তু নব্য চিকিৎসকের সামান্য কারণে বিচলিত হওয়ার অধিক সম্ভাবনা। তাহা স্মরণ রাখা উচিত।

সহকারী ও পরিচারিকার কর্ত্তব্য।—অস্ত্রোপচারক টেবেলের যে পার্শ্বে থাকিবেন, প্রধান সাহায্যকারী তাহার বিপরীত পার্শ্বে থাকিয়া অস্ত্রাদি রক্ষা, প্রেসার ফরসেপস্ দ্বারা রক্ত রোধ, সেলাই ও বন্ধন করার সাহায্য, যন্ত্রাদির আবদ্ধাবস্থা বিমুক্ত করার সময়ে সাহায্য ও স্পঞ্জ ব্যবহার করিবে। দ্বিতীয় সাহায্যকারী বা পরিচারিকা কেবল স্পঞ্জের ব্যবহার দেখিবে, তাহার সংখ্যা সর্ব্বদা স্মরণ রাখিবে, কোন্ স্থানে কয় খণ্ড স্পঞ্জ রহিল তাহা লক্ষ্য রাখিবে। তৃতীয় পরিচারিকা অস্ত্রোপচারকের ইঙ্গিত মাত্র অস্ত্রাদি দিবে, এবং তাহাই লক্ষ্য রাখিবে। এই সমস্ত অস্ত্র ও যন্ত্রাদি অস্ত্রোপচারকের এত সন্নিকটে রাখা আবশ্যক যে, সহজেই হস্ত দ্বারা আনা যাইতে পারে। সেলাইয়ের সূচ সূত্রাদি গোলমাল না হয় তাহা ইহাকেই লক্ষ্য করিতে হয়। চতুর্থ পরিচারিকা স্পঞ্জ নিংড়ান ও ধৌত, পাত্রাদি পরিষ্কার, ডুস, জল বা লোশন ইত্যাদি প্রদান জন্য প্রস্তুত থাকিবে। ক্লোরফরম প্রদানকারী এক মনে রোগিণীর অবস্থা পর্য্যবেক্ষণ করিবে ও ক্লোরফরম দিবে। এতদ্ব্যতীত অন্য কোন কার্য্যেই মনোনিবেশ করিবে না।

ক্লোরফরম প্রদানকারী রোগিণীর শীর্ষ দেশে, চিকিৎসক দক্ষিণ পার্শ্বে, সাহায্যকারী বাম পার্শ্বে, প্রথম পরিচারিকা বাম পদের পার্শ্বে, দ্বিতীয় পরিচারিকা দক্ষিণ পদের পার্শ্বে এবং তৃতীয় পরিচারিকা ইহাদিগের উভয়ের মধ্যে স্থান গ্রহণ করিলেই প্রত্যেকের স্ব স্ব কার্য্য সম্পাদনের সুবিধা হয়। চিকিৎসক ২।১ দিবস পূর্ব্বে প্রত্যেকের কর্ত্তব্য কার্য্যের এবং অস্ত্র, ও আবশ্যকীয় প্রত্যেক দ্রব্যের নির্ভুল তালিকা প্রস্তুত করিয়া পরিচারিকাদিগকে দিবেন এবং অস্ত্রোপচার আরম্ভ করার

পূর্ব্বে তাহা সংগৃহীত ও যথোপযুক্ত স্থানে সন্নিবেশিত হইয়াছে কিনা, তাহা মিলাইয়া লইবেন। ফরসেপ্‌স ও স্পঞ্জ ইত্যাদি পুনর্ব্বার গণনা করিবেন। পূর্ব্বাদিষ্ট প্রত্যেক আদেশ প্রতিপালিত হইয়াছে কি না, তাহা অনুসন্ধান করিয়া তৎপর অস্ত্রোপচার কার্য্যে লিপ্ত হইবেন।

টেবেলে ট্রেণ্ডেলেনবার্গের (Trendelenburg's Position) নির্দ্দেশ মত শয়ান করাইলে অস্ত্রোপচার করার সুবিধা হইতে পারে। এই অবস্থানে বস্তিগহ্বরস্থিত যন্ত্রাদির ভার ডায়ফ্রামপেশীর উপর পতিত হওয়ায়, হস্ত সঞ্চালন ও শোণিত স্রাব রোধের সুবিধা এবং অন্ত্রাদি বহির্গত হওয়ার আশঙ্কা হ্রাস হয়। কিন্তু সাধারণ সরল ভাবে শয়ান করাইয়াই উত্তমরূপে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইতে পারে। টেবেলের পাদদেশের পায়ার নিম্নে কয়েক খণ্ড ইষ্টক স্থাপন করিলেও শীর্ষদেশ অপেক্ষা নিতম্বদেশ ঊর্দ্ধে উত্থিতাবস্থায় স্থাপিত হইতে পারে।

ঊনবিংশ পরিচ্ছেদ

সীবন ও বন্ধন।

(Sutures and Legatures)

উদরগহ্বর উন্মুক্ত অস্ত্রোপচার—সিলিওটোমী (Celiotomy) অস্ত্রোপচার করিয়া হিষ্টেরেক্টোমী, স্যাল্‌ফিঞ্জিওটমী, উফরেক্টোমী প্রভৃতি গুরুতর অস্ত্রোপচার বর্ণনা করার পূর্ব্বে সীবন ও গ্রন্থি বন্ধন সম্বন্ধে কয়েকটী সাধারণ নিয়ম উল্লেখ করা উচিত।

সেলাই কার্য্যে রৌপ্য তার, সিল্ক ওয়ারম গট, রেসম, ক্যাটগাট, বালামচী, ক্রোমিসাইজডগট ব্যবহৃত হয়।

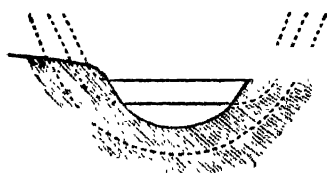
রৌপ্যতারের বিশেষ সুবিধা এই যে, সম্পূর্ণরূপে পচনোৎপাদক পদার্থ বিবর্জ্জিত অবস্থায় প্রাপ্ত হওয়া যায় কিন্তু অসুবিধা এই যে, (১) আবদ্ধ বিধান কর্ত্তনের ও (২) তার ছিন্ন হওয়ার আশঙ্কা এবং (৩) প্রয়োগে সময় ব্যয় হয়, পরন্তু (৪) কর্ত্তিত বা মোচড়ান অন্তের সংঘর্ষণে সংলগ্ন স্থানে ক্ষত হইতে পারে। ইহা যোনি এবং বিটপদেশের অস্ত্রোপচারে অধিক ব্যবহৃত হয়। ধাতব বোতাম ও ছিদ্রযুক্ত গুলীর সঙ্কাপ দ্বারা যথোপযুক্তভাবে আবদ্ধ করিয়া রাখিতে হয়।

সিল্ক ওয়ারম গট অপেক্ষাকৃত কঠিন ও এতন্মধ্যে কোন পদার্থ প্রবেশ করিতে পারে না। ইহার কর্ত্তিত অন্ত দ্বারা সংলগ্ন স্থান উত্তেজিত হয় ও গ্রন্থিবন্ধন রেসম সূত্রের অনুরূপ কষা ও স্থায়ী হয় কিনা, সন্দেহ। ব্যবহারের কিছু পূর্ব্বে কার্ব্বলিক বা সবলাইমেট দ্রবে নিমজ্জিত করিয়া রাখা আবশ্যক।

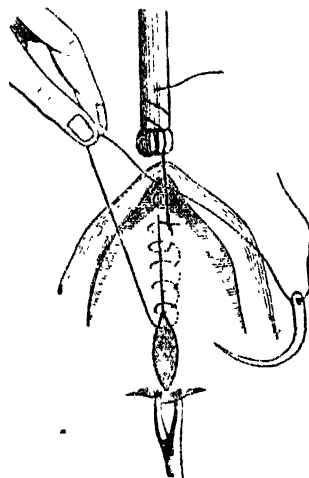
সিল্ক ওভেনসূত্র আবশ্যকানুযায়ী যত ইচ্ছা সূক্ষ্ম বা স্থূল বিনান সূত্র প্রাপ্ত হওয়ায় ব্যবহারের পক্ষে সুবিধা কিন্তু অভ্যন্তরে ফাঁক থাকায় পচনোৎপাদক পদার্থ অবস্থানের আশঙ্কা থাকে। ইহা ইচ্ছানুযায়ী পচননিবারক প্রণালীতে উপযুক্ত পাত্র মধ্যে রক্ষিতাবস্থায় ক্রয় করিতে পাওয়া যায়। ইহা আপনা হইতে শোষিত হয়। স্থূল সূত্র ক্যাটগট সূত্রের অনুরূপ—গভীরস্তরে দীর্ঘকাল থাকিয়া শোষ ঘা উৎপন্ন করিতে পারে। সূক্ষ্ম রেসম সূত্র অন্ত্র ও অন্ত্রাবরক ঝিল্লি সেলাই এবং শোণিতবাহিকা বন্ধনের পক্ষে সুবিধাজনক। এতদ্দ্বারা বিচ্ছিন্ন আবদ্ধ স্থান এবং ত্বকও সেলাই করা যাইতে পারে।

ক্যাটগট সূত্র।—সত্বরে শোষণ এবং বিধান সহ্য হওয়া সম্বন্ধে বিবেচনা করিলে ক্যাটগট রেসম সূত্রাপেক্ষা উৎকৃষ্ট। অনেকে বন্ধন জন্য ক্যাটগট এবং সীবন জন্য রেসম উৎকৃষ্ট বিবেচনা করেন।

উদরপ্রাচীরের এবং ড্রেনেজ টিউবের সন্নিকটস্থিত সেলাই সিল্ক ওয়ারম গট দ্বারা করাই নিরাপদ। অভাবপক্ষে রৌপ্য তার ব্যবহার করিতে হয়। স্ত্রী-জননেন্দ্রিয়ের অস্ত্রোপচার—বিশেষতঃ উদরগহ্বর, যোনি, ও সম্মিলন জন্য অস্ত্রোপচার, এবং যে সকল স্থানের সেলাই কর্ত্তন পূর্ব্বক সূত্র বহির্গত করিতে অত্যন্ত অসুবিধা এবং যন্ত্রণা হয়, সে সকল স্থলে ক্যাটগট ব্যবহার করা সম্ভব হইলে তাহাই করিবে। কিন্তু বন্ধন শিথিল হওয়ার আশঙ্কা থাকিলে অবস্থানুসারে রৌপ্য তার কিম্বা অন্য প্রকৃতির সূত্র ব্যবহার করিবে।

সেপারেট্‌স সুচার।—প্রত্যেক সেলাইয়ের সূত্রের পৃথক পৃথক গ্রন্থি দ্বারা আবদ্ধ রাখিতে হয়। গভীর ক্ষতে একটী মাত্র সেলাই দ্বারা বন্ধন করিলে ক্ষতের তলদেশ উত্তমরূপে সম্মিলিত হইবে না বিবেচনা করিলে ক্রমে ক্রমে গভীরতর বিদ্ধ অথচ পৃথক্‌ভাবে তিনটী সূত্র প্রবিষ্ট এবং পৃথক্‌ভাবে গ্রন্থি বন্ধন করা আবশ্যক। ক্ষতের এক পার্শ্বের বাহ্যদিকে যথোপযুক্ত ব্যবধানে সজ্জিত সূচিকা বিদ্ধ এবং চালিত করিয়া ক্ষতের সমস্ত তলদেশ বেষ্টন করিয়া অপর পার্শ্বে--প্রথমের অবিকল বিপরীত স্থান ভেদ করিয়া সূত্র বহির্গত করিবে। প্রথম

১২১তম চিত্র। পৃথক্ পৃথক্ ভাবে সেলাই করার জন্য ক্ষতে মধ্যে প্রবেশিত তিন খণ্ড সূত্রের অবস্থান দৃশ্য।

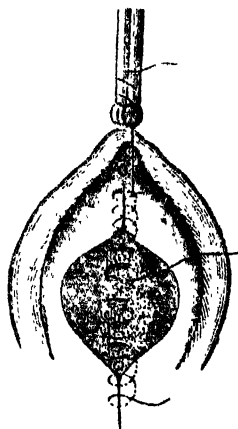
সূত্র যে স্থানে প্রবেশ করান হইয়াছে তাহার অভ্যন্তরাংশে দ্বিতীয় সূত্র সহ সূচিকা বিদ্ধ এবং ক্ষতের তলদেশের কিঞ্চিৎ উপরে বহির্গত ও

অপর পার্শ্বের তদনুরূপ স্থানে বিদ্ধ এবং ক্ষত পার্শ্বের প্রথম সূত্রের অভ্যন্তরাংশে বহির্গত করিবে। দ্বিতীয় সূত্রের অভ্যন্তরাংশে তৃতীয় সূত্র প্রবেশ করাইয়া এত গভীর অংশ বিদ্ধ করিয়া বহির্গত করিবে যে, কেবল ক্ষতের পার্শ্বদ্বয় পরস্পর সংলগ্ন হইতে পারে, তৎপর অপর পার্শ্ব বিদ্ধ করিয়া বহির্গত করিবে। প্রথমে যে সূত্র প্রবেশ করান হইয়াছিল, তাহাই সকলের শেষে যথোপযুক্ত ভাবে বন্ধন করিতে হয়। সম্মিলন জন্য আবশ্যক হইলে ক্ষতের অভ্যন্তরেও গ্রন্থি বন্ধন করিয়া, পৃথক্ সেলাই করা যাইতে পারে। এই প্রণালীতে সেলাই করিলে ক্ষতাভ্যন্তরে ফাঁক থাকিতে পারে না সুতরাং তন্মধ্যে রসাদি সঞ্চিত হওয়ারও কোন আশঙ্কা থাকে না। তজ্জন্য সহজে ক্ষত সম্মিলিত হয়।

১২২ তম চিত্র। কণ্টিনিউয়াস সেলাই করার প্রণালী।

কণ্টিনিউয়াস সুচার অর্থাৎ ক্রমাগত অবিচ্ছিন্ন সেলাই করা —ক্ষতের এক কোণে সূচিকাসহ বালামচী, ক্যাটগট বা রেসম

সূত্র প্রবেশ করাইয়া সূচিকা পরিত্যাগ করতঃ তাহা ২,৩টী বিষ গিরা দিয়া আবদ্ধ সূত্রের অপর অন্তে সূচিকা প্রবেশ করাইয়া তদ্দ্বারা ক্রমাগত সেলাই করিয়া যাইতে হয় শেষ অন্তে সূচিকা পরিত্যাগ করতঃ পুনর্ব্বার বিষ গিরা দ্বারা বন্ধন করিতে হয়। সর্ব্বত্র সমব্যবধানে এমতভাবে সূচিকা বিদ্ধ করিবে যে, ক্ষত পার্শ্বদ্বয় পরস্পর সম্মিলিত হয়, অথচ অত্যন্ত কষা না হয় তৎ প্রতি লক্ষ্য রাখিয়া সূত্র আকর্ষণ করা আবশ্যক। কেহ কেহ দোহারা বালামচী বা অন্য সূত্রের দ্বারা সেলাই করেন। পৈশিক ঝিল্লি, অন্ত্রাবরক ঝিল্লি এবং ত্বকের অগভীর কর্ত্তিত ক্ষতের সম্মিলন উদ্দেশ্যে এইরূপ সেলাই করা কর্ত্তব্য। প্রথম কোণের সূত্রান্ত আকর্ষণে আকৃষ্ট বা শিথিল হইবে বিবেচনা করিলে তাহা ফরসেপস্ দ্বারা আবদ্ধ করিয়া একজন সহকারী ধরিয়া রাখিবে।

বিভিন্ন স্তরে অবিচ্ছিন্ন সেলাই।—ক্ষত অপেক্ষাকৃত গভীর কিম্বা উভয় অন্ত অগভীর কিন্তু মধ্যস্থল গভীর হইলে ভিন্ন ভিন্ন স্তরে দুই তিনটী অবিচ্ছিন্ন সেলাই কিম্বা উভয় অন্তের অগভীর স্তরে একটী সেলাই এবং মধ্যস্থলের গভীর স্তরে এক কি দুইটী অবিচ্ছিন্ন সেলাই করিতে হয়। শেষোক্ত ক্ষতের এক কোণ হইতে পূর্ব্বোক্ত প্রণালীতে সেলাই আরম্ভ করিয়া যে স্থানে ক্ষত গভীর হইয়াছে সেই স্থানে সূচিকা ক্ষতত্বক্ পার্শ্ব বিদ্ধ না করিয়া ক্ষতের তলদেশের অল্প উপরের উভয় পার্শ্ব বিদ্ধ করিয়া সেলাই করিয়া শেষে পুনর্ব্বার যে স্থলে ক্ষত অগভীর হইয়াছে সেই স্থানে আবার ক্ষতের ত্বকের পার্শ্ব বিদ্ধ করিয়া সেলাই করিতে হয়। এই প্রণালীতে সেলাই করিলে মধ্যস্থলের গভীর ক্ষত অগভীর এবং অগভীর ক্ষতের পার্শ্ব সম্মিলিত হয়। পরিশেষে মধ্য-স্থলের ক্ষতে পুনর্ব্বার অগভীর ক্ষতের অনুরূপ প্রণালীতে সেলাই করিলেই উভয় পার্শ্ব সম্মিলিত হইতে পারে।

এই প্রণালীতে অভ্যন্তর হইতে ক্রমে বহির্দ্দিকে ২।৩টী সেলাই করা যাইতে পারে। সেলাই করার সময়ে একবার যে স্থানে স্থচিকা বিদ্ধ করা হইয়াছে তাহার অত্যন্ত সন্নিকটে দ্বিতীয়বার স্থচিকা বিদ্ধ না হয় এবং কোন সেলাই অত্যন্ত কষা না হয়, তৎপ্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখা আবশ্যক।

১২৩তম চিত্র। কর্ত্তনের উভয় অন্ত অগভীর এবং মধ্যস্থল গভীর। অগভীর স্থলে এক স্তর এবং মধ্যের গভীর স্থলে পর পর তিন স্তর সেলাই করার প্রণালী।

আবশ্যক বোধ করিলে মধ্যস্থলে ২।৩টী পৃথক্ পৃথক্ সেলাই দ্বারা ক্ষত-পার্শ্বদ্বয় সম্মিলিত রাখা যাইতে পারে। ক্যাটগট বা রৌপ্যতার দ্বারা এই শেষোক্ত পৃথক্ সেলাই করা আবশ্যক।

মিশ্রিত সেলাই।—একই স্থলে পৃথক্ পৃথক্ এবং অবিচ্ছিন্ন সেলাই করিলে ক্ষত বিযুক্ত হওয়ার আশঙ্কা হ্রাস হয়। ল্যাপারোটমী অস্ত্রোপচারান্তে উদরপ্রাচীর সম্মিলনের উদ্দেশ্যে এইরূপ মিশ্রিত

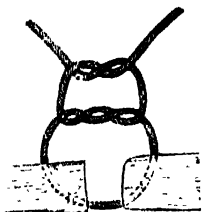
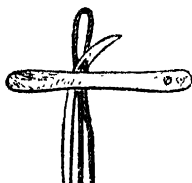
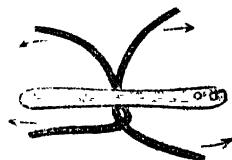
সেলাই প্রয়োজিত হইয়া থাকে। অন্ত্রাবরক এবং পৈশিক ঝিল্লিতে অবিচ্ছিন্ন সেলাই, উদরপ্রাচীরে পৃথক্ সেলাই এবং ত্বকে অবিচ্ছিন্ন সেলাই দ্বারা ক্ষত বন্ধ করা হয়। এতৎ সম্বন্ধে যথাস্থানে উল্লিখিত হইবে।

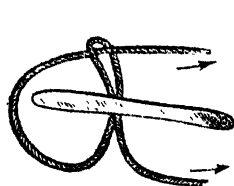
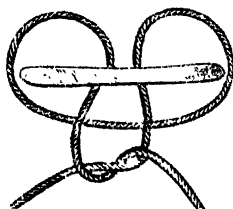
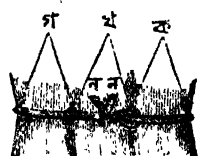
কুইলড্‌স্যুচার।—জরায়ু বা তৎসংশ্লিষ্ট অংশ আবদ্ধ ও সঙ্কাপিত করিয়া ঝুলাইয়া রাখিতে হইলে কুইল্‌ড স্যুচার প্রয়োজিত হয়, বর্ত্তমান সময়ে কাষ্ঠখণ্ড কিম্বা অন্য পদার্থের পরিবর্ত্তে আইওডোফরমগজ ঐরূপ আকৃতিতে প্রস্তুত করিয়া তাহা প্রয়োগ করা হয়।

গ্রন্থিবন্ধন (Legatures)।—গ্রন্থি বন্ধন জন্য রেশম সূত্র উৎকৃষ্ট। এদ্দ্বারা যেরূপ রূপ দৃঢ় বন্ধন হয়, অন্য কোনরূপ সূত্র দ্বারা তদ্রূপ হয় না, তবে দোষ এই যে, উদরগহ্বরমধ্যে অধিক সংখ্যক রেশম সূত্র অবস্থিত হইলে বিপদের আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে। তজ্জন্য অনেকে উদরগহ্বরের কোন বন্ধন জন্য ক্যাটগট সূত্র ব্যবহার করাই সদ্বিবেচনা করেন।

ধমনী ইত্যাদি কোন একটী বন্ধন করিতে হইলে সাধারণ অস্ত্র চিকিৎসাগ্রন্থে যাহা বর্ণিত আছে তৎজ্ঞানই যথেষ্ট, কিন্তু স্ত্রীজননেন্দ্রিয়ের অস্ত্রোপচারে বন্ধন সম্বন্ধে—অর্ব্বুদাদির মূলদেশ কিম্বা আবদ্ধ বিধান বিযুক্ত করার পর তৎস্থান বন্ধন করিতে বিশেষ অভিজ্ঞতার আবশ্যক। এই প্রকৃতির বন্ধন জন্য অবস্থা বিশেষে রৌপ্যতার, রেশমসূত্র, ক্যাটগট, এবং রবারের স্থিতিস্থাপক তার কিম্বা নল আবশ্যক হইতে পারে। স্থূল কোন স্থান বন্ধন জন্য রেশমের সূত্র উৎকৃষ্ট—বিশেষতঃ পাকান অপেক্ষা বিনান সূত্র অধিকতর উপযোগী। কেবল অসুবিধা এই যে, ক্যাটগুট অপেক্ষা ইহা অধিক বিলম্বে শোষিত হয়।

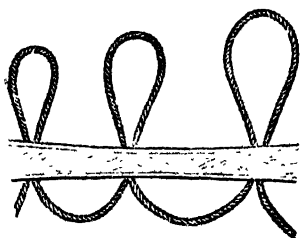
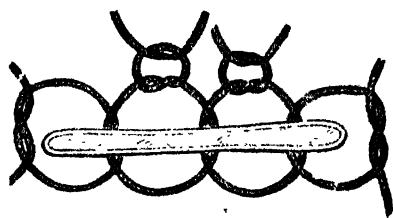
অতি অল্প পরিধি বিশিষ্ট কোন অংশ একবার মাত্র সূত্র পরিবেষ্টন করিয়া বন্ধন করিলেই যথেষ্ট হইবে বিবেচনা করিলে সাধারণ

সার্জ্জনস্‌নট অর্থাৎ এতদ্দেশীয় প্রচলিত বিব গিরা প্রয়োগ করিয়া বন্ধন করাই সহজ এবং নিরাপদ।

১২৪তম চিত্র। সার্জ্জনস্‌ নট অর্থাৎ সাধারণ বিব গিরা।

১২৫ তম চিত্র। অর্ব্বুদাদির মূল বন্ধন জন্য সূচিরসহ লুপ অর্থাৎ ফাঁস। সূচিকা বহির্গত করার পূর্ব্বাবস্থা।

১২৬ তম চিত্র। ফাঁসের সূত্র কর্ত্তন করতঃ আড়াআড়ী ভাবে স্থাপিত।

অর্ব্বুদের মূলদেশ অথবা বন্ধনযোগ্য স্থান অপেক্ষাকৃত সামান্য স্থূল হইলে সূচিকায় দোহারা সূত্র প্রবেশ করাইয়া তদ্দ্বারা মূল

১২৭ তম চিত্র। ব্যাঁটক্‌স্‌নট।

১২৮ তম চিত্র। ষ্টাফোর্ডশায়ার নট অর্থাৎ বর্ষী গিরা।

১২৯ তম চিত্র। মূলদেশে চেইন লিগেচার। কয়েক স্থানে বিদ্ধ করিয়া সূত্র প্রবেশ করাইয়া আড়াআড়ী ভাবে বন্ধন করা হইয়াছে।

বিদ্ধ করতঃ অপর পার্শ্বে বহির্গত লুপ অর্থাৎ ফাঁসবৎ অংশ কর্ত্তন করিয়া দুই খণ্ড সূত্র আড়াআড়ী করিয়া উল্টাইয়া লইয়া একটী

দক্ষিণে অপরটী বামে বন্ধন করিবে। কিন্তু অনেকে এই রূপে দুই-গ্রন্থি বন্ধন না করিয়া সূত্রের এক অন্ত মূলদেশের পার্শ্ব বেষ্টন করাইয়া ফাঁসের মধ্যে দিয়া লইয়া সূত্রে উভয় অন্ত একত্র করতঃ গ্রন্থি বন্ধন করেন। ইহাই "ব্যাণ্টকের নট"। সূত্রান্ত পার্শ্বদিয়া বেষ্টন না করিয়া পশ্চাতের লুপ অর্থাৎ ফাঁস অর্ব্বুদের উপরদিয়া সম্মুখে আনিয়া সূত্রের এক অন্ত ফাঁসের নিম্ন দিয়া এবং অপর অন্ত উপরদিয়া আনিয়া কষিয়া বন্ধন করতঃ বিষগিরা দিলেও দৃঢ় বন্ধন হয়। ইহাই "ষ্টাফোর্ডশায়ার বা লসন টেটের নট" নামে পরিচিত। ইহা এদেশীবৈষ্ঠগিরার অনুরূপ। দুইটী গ্রন্থি বন্ধন করা অপেক্ষা এইরূপ একটী গ্রন্থি বন্ধন করিলে বন্ধন দৃঢ় হয়।

অর্ব্বুদের মূলদেশ, বৃহৎবন্ধনী এবং সংযোগ বিযুক্ত অংশের বন্ধন যোগ্য স্থান অত্যন্ত স্থূল হইলে চেইন লিগেচার দ্বারা বন্ধন করা

১৩০ তম চিত্র। চেইন লিগেচারের লুপ। গ্রন্থি বন্ধন জন্য ফাঁসের দক্ষিণ পার্শ্বের মধ্যস্থানে কর্ত্তন করিতে হয়।

১৩১ তম চিত্র। চেইন লিগেচারের সূত্র একটীর মধ্য দিয়া অপরটী আড়াআড়ী ভাবে গিয়াছে। গ্রন্থি বন্ধনের উপযুক্ত অবস্থায় স্থাপিত। কষিলেই গ্রন্থি হইবে।

উচিত। পাতলা প্রশস্ত মূল বা তদ্রূপ স্থানে এইরূপ লিগেচার বন্ধন করা বিধেয়। একখণ্ড সূত্র সূচিকায় দোহারা করিয়া প্রবেশ করাইয়া ক্রমে ক্রমে মূলদেশ বিদ্ধ ও বহির্গত করিয়া লুপকর্ত্তন করতঃ তৎ---

কি প্রণালীতে বন্ধন করিতে হয় তাহা ১৩০ ও ১৩১তম চিত্রে প্রদর্শিত হইয়াছে।

স্থিতিস্থাপকতার বন্ধন (Elastic Ligatures) ;—অর্ব্বুদাদির মূল দৃঢ়রূপে বন্ধন জন্য রবারের রজ্জু বা নল ব্যবহৃত হয়। অত্যন্ত শোণিতস্রাবের আশঙ্কা হইলে অণ্ডাধার উচ্ছেদ অস্ত্রোপচারেও স্থিতিস্থাপকতার দ্বারা বন্ধন করা হইয়া থাকে। মূলদেশ তারদ্বারা দৃঢ়রূপে কষা হইলে তারের প্রান্তদ্বয় কেহ বা রেশমের সূত্র দ্বারা বন্ধন করিয়া রাখেন। সঙ্কোপনীয় ফরসেপ্স দ্বারাও আবদ্ধ করিয়া রাখা যাইতে পারে। এতদুদ্দেশ্যে নানারূপ যন্ত্র ব্যবহৃত হয়। যথাস্থানে তদুল্লিখিত হইবে।

বিংশ অধ্যায়।

সৌত্রিক অর্ব্বুদের অস্ত্রচিকিৎসা।

(Surgical Treatment of Uterine Fibromata)

সৌত্রিক অর্ব্বুদ কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করার উদ্দেশ্যে বহুবিধ অস্ত্রোপচার প্রচলিত আছে; তৎসমস্তের যথাযথ বর্ণনা করা এই ক্ষুদ্র পুস্তকের পক্ষে অসম্ভব। তজ্জন্য যে সমস্ত অস্ত্রোপচার অধিক প্রচলিত এবং সহজসাধ্য, এস্থলে তদ্বিবরণ সংক্ষেপে উল্লেখ করিব।

সৌত্রিক অর্ব্বুদ কর্ত্তন জন্য হিষ্টেরেকটমী অস্ত্রোপচার করা হয়, হিষ্টেরেকটমী নানা শ্রেণীতে বিভক্ত ; তন্মধ্যে ইন্ট্রা-পেরিটোনিয়াল (Intra peritoneal) এবং একষ্ট্রা-পেরিটোনিয়াল (Extra peritoneal) এবডোমিনেল হিষ্টেরেকটমী (Abdominal Hysterec-

tomy) অর্থাৎ উদরপ্রাচীর কর্ত্তন পূর্ব্বক জরায়ু বা তদংশসহ অর্ব্বুদ কর্ত্তন করতঃ দূরীভূত করিয়া অর্ব্বুদের মূলদেশ অন্ত্রাবরক ঝিল্লির অভ্যন্তরে বা বহির্দ্দেশে রাখিয়া চিকিৎসা করা হয়। এই শেষোক্ত অস্ত্রোপচার সহজ এবং অধিক প্রচলিত জন্য প্রথমে তাহাই উল্লিখিত হইল। এই অস্ত্রোপচার একস্ট্রাপেরিটোনিয়াল সিলিও হিষ্টেরেক্‌টমী (Cœlio hysterectomy) নামেও উক্ত হয়।

একষ্ট্রাপেরিটোনিয়াল এবডোমিন্যাল হিষ্টেরেক্‌টমী অস্ত্রোপচার।

উদরপ্রাচীর কর্ত্তন।—রোগিণীকে ক্লোরফরম দ্বারা অচৈতন্যা রাখিয়া অস্ত্রোপচারের টেবলে এমত ভাবে স্থাপন করিবে যে, তাহার নিতম্বদেশ বক্ষঃদেশ অপেক্ষা উচ্চে অবস্থিত হয়। পূর্ব্বের দিবস পচননিবারক বস্ত্র দ্বারা উদরপ্রাচীর পরিবেষ্টিত করিয়া রাখা হইয়াছিল, তাহা এই সময়ে দূরীভূত করিবে। উদর ব্যতীত অপর সমস্ত অঙ্গ প্রত্যঙ্গ পচননিবারক বিশুদ্ধ বস্ত্র দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিবে। আশেপাশে কয়েক খণ্ড বিশুদ্ধ বস্ত্র রাখিবে। রোগিণী উপযুক্তমাত্রায় ক্লোরফরমে অভিভূতা হইলে উদরপ্রাচীরোপরি—মধ্য রেখায়—নাভিকুণ্ডের এবং পিউবিসের মধ্যস্থলে ছুরিকা দ্বারা ত্বক্ কর্ত্তন করিলে নিম্নস্থিত মেদ বহির্গত হইলে তাহাও কর্ত্তন করিবে। প্রথমে তিন ইঞ্চ পরিমাণ দীর্ঘ কর্ত্তন করিয়া লওয়া যাইতে পারে। ক্ষুদ্র কর্ত্তনে হাত সঞ্চালনের অসুবিধা এবং দীর্ঘ কর্ত্তনে ঔদরিক অন্ত্রবৃদ্ধি পীড়া হওয়ার আশঙ্কা—এই উভয় বিষয় বিবেচনা করিয়া কেবল যে পরিমাণ দীর্ঘ কর্ত্তন করিলে অর্ব্বুদ বহির্গত করা যাইতে পারে তদতিরিক্ত দীর্ঘ কর্ত্তন করা নিষেধ। এই কর্ত্তন সময়ে ত্বক সটান করিয়া ধারণ করা অনুচিত; এইরূপ করিলে কর্ত্তন মধ্যরেখা ভ্রষ্ট হওয়া আশ্চর্য্য নহে।

শুভ্র উজ্জ্বল ঝিল্লি দৃষ্ট না হওয়া পর্য্যন্ত সাবধানে কর্ত্তন গভীর করিয়া যাইতে হয়। এই সময়ে কোন স্থান হইতে শোণিতস্রাব হইতে আরম্ভ হইলে তৎক্ষণাৎ সঙ্কাপ ফরসেপস দ্বারা ধারণ করিয়া ঝুলাইয়া রাখিয়া দিবে। সহকারী পুনঃ পুনঃ শোধিত স্পঞ্জ বা বস্ত্রখণ্ড দ্বারা কর্ত্তনের স্থান শুষ্ক রাখিবে। মেদ কর্ত্তিত হইলেই শুভ্রবর্ণ ঝিল্লি দৃষ্ট হয়। এই ঝিল্লি ফরসেপস্ দ্বারা উত্থিত করিয়া ছুরিকার অগ্রদিয়া সামান্য কর্ত্তন করিলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লির মেদ দৃষ্ট হইবে।

মধ্য রেখা নির্ণয়ে ভ্রম সংশোধন।—যদি মেদের পরিবর্ত্তে পেশী দৃষ্ট হয়, তবে বুঝিতে হইবে—মধ্য রেখায় কর্ত্তন হয় নাই। উহা রেকটাস পেশী এবং রেক্টাস পেশীর আবরক কোষ—কর্ত্তন করা হইয়াছে। এই কর্ত্তনের মধ্যদিয়া ছুরিকার মুষ্টি চালিত করিলে পেশীর গতি অনুযায়ী প্রবিষ্ট হয়, কিন্তু মধ্য রেখার অভিমুখে তদ্রূপ চালিত হয় না। এইরূপ স্থলে ছুরির মুষ্টি দ্বারা পেশী স্থানান্তরিত করিয়া পূর্ব্ব বর্ণিত প্রণালীতে মধ্যরেখায় কর্ত্তন করিবে। কর্ত্তনের মধ্যে অন্ত্রাবরক ঝিল্লির বসা দৃষ্ট হইলে কর্ত্তন মধ্যে বক্র কাঁচীর ফলক প্রবিষ্ট করাইয়া কর্ত্তনের সমস্ত দীর্ঘ পরিমাণে এই ঝিল্লি কর্ত্তন করিবে। পরে দুইটী ফরসেপস্ দ্বারা অন্ত্রাবরক ঝিল্লি উত্থিত করতঃ উভয় ফরসেপসের মধ্যস্থলে ছুরিকার তীক্ষ্ণধার উর্দ্ধাভিমুখে ধারণ করিয়া এই ঝিল্লি কর্ত্তন করিবে।

অন্ত্রাবরক ঝিল্লি কর্ত্তিত হইলে কখন কখন বায়ু প্রবেশের শব্দ শ্রবণ গোচর হয়। উদরী বর্ত্তমান থাকিলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লি কর্ত্তনের পর রস বহির্গত হইতে থাকে। রোগিণীকে এক পার্শ্বে নিম্ন করিলেই ঐ রস বহির্গত হইয়া যাইতে পারে। এই কর্ত্তনের মধ্যে অঙ্গুলী বা ডাইরেকটার প্রবিষ্ট করাইয়া কর্ত্তনের সমস্ত দীর্ঘানুযায়ী অন্ত্রাবরক ঝিল্লি কর্ত্তন করিবে। বক্র কাঁচী দ্বারাও কর্ত্তন করা যাইতে পারে।

ক্যাচ ফরসেপস দ্বারা ইহার কিনারা ধারণ করিয়া পরস্পর পৃথক্ করিয়া রাখিবে।

অন্ত্রাবরক ঝিল্লি নির্ণয়ে ভ্রম সংশোধন।—কর্ত্তনের সময়ে (১) ওমেণ্টমের মেদ কর্ত্তন করিয়াই পেরিটোনিয়ম কর্ত্তন করা হইয়াছে, এমত ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু অঙ্গুলি দ্বারা পরীক্ষা করিলেই ভ্রম দূর হয়। (২) অন্ত্রাবরক ঝিল্লিসহ কোষিক অর্ব্বুদের প্রাচীর আবদ্ধ থাকিলে পেরিটোনিয়ম ভ্রমে অর্ব্বুদের প্রাচীর কর্ত্তিত হওয়া আশ্চর্য্য নহে; কিন্তু ফরসেপস দ্বারা ঝিল্লি উত্থিত করার সময়ে সহজে উত্থিত না হইলেই আবদ্ধাবস্থা অনুমান করা যাইতে পারে। (৩) মূত্রাশয় উর্দ্ধে উত্থিত হইয়া থাকিলে পেরিটোনিয়ম ভ্রমে তাহাও কর্ত্তিত হইতে পারে।

অর্ব্বুদ দৃষ্টে তৎপ্রকৃতি নির্ণয়।—অন্ত্রাবরক ঝিল্লি কর্ত্তিত হইলে অর্ব্বুদের কোন অংশ দৃষ্টিগোচর হওয়ার সম্ভাবনা; সুতরাং এই সময়ে অর্ব্বুদের প্রকৃতি সম্বন্ধে অনুমান করা যাইতে পারে—অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদ সমষ্টির বর্ণ শুভ্র ধূসর কিম্বা ঝিনুকের অভ্যন্তরের সদৃশ উজ্জ্বল। সগর্ভ জরায়ুর বর্ণ গাঢ় বেগুণী এবং সৌত্রিক অর্ব্বুদের বর্ণ অল্প পাটল; সারকোমার বর্ণও ঐরূপ। অর্ব্বুদের প্রাচীর অত্যন্ত স্থূল বোধ করিলে ডার্ম্মেটইড অর্ব্বুদ অনুমান করা যাইতে পারে। প্রদাহ হইয়া থাকিলে প্রাচীর আবদ্ধ থাকে। অর্ব্বুদ কালশিরার অনুরূপ বর্ণ বিশিষ্ট হইলে তাহার মূল মোচড়াইয়া যাওয়ার সম্ভাবনা। এতৎ সহ জ্বর ইত্যাদির ইতিবৃত্ত থাকিলে পূয় সঞ্চিত থাকিতে পারে। উভয় পার্শ্বে অর্ব্বুদের মূল থাকিলে প্যাপিলোমেটাস বা মারাত্মক অর্ব্বুদ হইতে পারে। প্রথমে পরীক্ষা করিয়া যে রোগ নির্ণীত হইয়াছিল, এক্ষণে তাহা ভ্রম কি না, তাহা স্থির হইতে পারে।

সংযোগ বিমোচন।—সহকারী রিট্রাক্টার দ্বারা কর্ত্তনের পার্শ্বদ্বয় ফাঁক করিয়া রাখিবে। অস্ত্রোপচারক উদরগহ্বরে অঙ্গুলী প্রবেশ

করাইয়া কোথায় কিরূপ আবদ্ধ আছে, বস্তিগহ্বরের মধ্যে কতদূর প্রবিষ্ট, এবং অর্ব্বুদের মূল কিরূপ স্থূল, তাহা স্থির করিবেন।

পেরিটোনিয়মের সহিত আবদ্ধ থাকিলে প্রথমে তাহাই বিমুক্ত করা উচিত। অঙ্গুলী দ্বারাই সহজে বিমুক্ত করা যাইতে পারে। অন্ত্রাবরক ঝিল্লির পূর্ব্বের ব্যাপক প্রদাহের ইতিবৃত্ত থাকিলে সাবধানে সংযোগ বিযুক্ত করিতে হয়। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি বিযুক্ত হইলে অন্ত্রের সহিত কোথাও আবদ্ধ থাকিলে তাহা অতি সাবধানে বিযুক্ত করিবে।

এই সমস্ত সংযোগ বিযুক্ত করার সময়ে যে যে স্থান হইতে শোণিতস্রাব হইতে থাকে, তাহা টর্শন করিয়া বন্ধ করিবে, আবশ্যক হইলে সূক্ষ্ম ক্যাটগট সূত্র দ্বারাও বন্ধন করা যাইতে পারে। অনেকে অস্ত্রোপচার সময়ে সঙ্কাপ ফরসেপস্ দ্বারা চাপিয়া শোণিতস্রাব বন্ধ করিয়া রাখেন। তৎপর অর্ব্বুদ বহির্গত করিয়া যাহা বন্ধনোপযুক্ত তাহা বন্ধন করিয়া শোণিতস্রাব রোধ করেন। যোনি এবং মলদ্বার মধ্যে বায়ুপূর্ণ রবারের গোলা প্রবেশ করাইয়া রাখিলে ঐ সমস্ত স্থানের অবস্থা উত্তমরূপে অবগত হওয়া যায়। কিন্তু কটিদেশ উচ্চাবস্থায় রাখিয়া অস্ত্রোপচার করিলেই ঐরূপ যন্ত্র ব্যবহারের কোন আবশ্যক করে না। বস্তিগহ্বর, অন্ত্রাবরক ঝিল্লি, ও অন্ত্র ইত্যাদি হইতে সংযোগ বিযুক্ত করার সময়ে ক্ষিপ্রহস্তে সুকৌশলে সাবধানে অঙ্গুলী সঞ্চালিত করা উচিত। অঙ্গুলী দ্বারা পুনঃ পুনঃ অসতর্ক ভাবে কার্য্য করিলে অস্ত্রোপচারের পরিমাণ মন্দ হইতে পারে। অসাবধানে কার্য্য করায় সহসা যদি অন্ত্রের কোন অংশে রন্ধ্র হয় তবে তৎক্ষণাৎ ল্যাম্বার্ট সুচার দ্বারা বন্ধ করা উচিত।

বৃহৎ অর্ব্বুদ জন্য কর্ত্তন পরিবর্দ্ধন।—অর্ব্বুদ অত্যন্ত বৃহৎ হইলে কর্ত্তন বৃদ্ধি করিয়া উর্দ্ধদিকে জাইফইড উপাস্থি পর্য্যন্ত লওয়া

যাইতে পারে। নিম্নদিকে পিউবিসের সন্নিকট পর্য্যন্ত লইয়া অনুচিত। প্রথমে যেরূপ সতর্ক হইয়া কর্ত্তন করা হইয়াছিল, এ সময়েও তদ্রূপ সতর্ক হইয়া কর্ত্তন করিতে হয়। উদর-প্রাচীর পাতলা হইলে বক্র কাঁচী দ্বারা একবারেই সমস্ত অংশ কর্ত্তিত হইতে পারে।

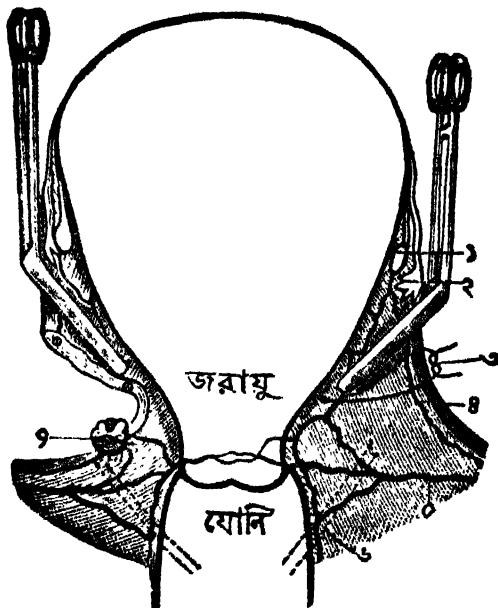
বিশেষ আবদ্ধাবস্থা।—মূত্রাশয়ের সহিত আবদ্ধ থাকিলে প্রথমে মূত্রাশয় মধ্যে শলাকা প্রবেশ করাইয়া সাবধানে অঙ্গুলী দ্বারা সংযোগ বিযুক্ত করিবে। যদি মূত্রাশয় ছিন্ন হয় তবে অন্ত্রের ন্যায় তৎক্ষণাৎ সেলাই করা কর্ত্তব্য। এইরূপ ঘটনায় ড্রেনেজটিউব সংস্থাপন করা আবশ্যক। অত্যধিক বিস্তৃত সংযোগ, মূলদেশ ক্ষুদ্র এবং অর্ব্বুদের গভীরতার জন্য যদি অর্ব্বুদ বিযুক্ত করা কঠিন হয়, তবে উপায়ান্তর অবলম্বন করা বিধেয়। সংযোগ বিযুক্ত করার সময়ে ইউরিটার ছিন্ন বিচ্ছিন্ন হইলে কেহ বা তৎপার্শ্বের কিডনী দূরীভূত করেন, অপর কেহ বা মূত্রাশয় হইতে ইউরিটার পর্য্যন্ত ক্যাথিটার প্রবেশ করাইয়া ইউরিটারের রন্ধ্র, সূক্ষ্ম রেশম সূত্র দ্বারা সেলাই করিয়া দিতে বলেন। অল্প অংশ ছিন্ন বা সামান্য মাত্র স্থানচ্যুত হইলে এই উপায় অবলম্বন করা যাইতে পারে। অত্যধিক ছিন্ন হইলে কটিদেশে ছিদ্র করিয়া তৎপথে ইউরিটারেলসাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া রাখিবে এবং মূত্রাশয়ের সংলগ্ন অংশ বন্ধন করিবে। এইরূপ স্থলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লিতে মূত্রসংস্পর্শ নিবারণ জন্য পচননিবারক ট্যাম্পন সংস্থাপন আবশ্যক। এইরূপ স্থলে আবশ্যক হইলে পরেও কিডনী দূরীভূত করা যাইতে পারে।

শোণিতস্রাব রোধ।—সংযোগ বিচ্ছিন্ন করার সময়ে নানা-স্থান হইতে শোণিতস্রাব হইতে থাকে, যে সকল নির্দ্দিষ্ট স্থান হইতে শোণিত নিঃসৃত হয়, সেই সমস্ত স্থান ফরসেপস দ্বারা চাপিয়া রাখিয়া অবশিষ্ট স্থানের শোণিতস্রাব রোধার্থে শোধিত স্পঞ্জ বা বস্ত্রখণ্ড

ব্যবহার করিয়া সকল স্থান শুষ্ক রাখিতে হয়। স্পঞ্জ বা বস্ত্রখণ্ড শোণিতসিক্ত হইলে তৎক্ষণাৎ পচননিবারক জলে ধৌত করার পর উত্তমরূপে নিঙড়াইয়া পুনর্ব্বার ব্যবহার করিতে হয়। যে স্থানে স্পঞ্জের সঞ্চাপে শোণিতস্রাব বন্ধ হয় না অথচ ফরসেপস দ্বারাও ধরা যায় না সে স্থলে টেটের মতে সলিডপারক্লোরাইড অফ্ আয়রণ প্রয়োগ করা উচিত। গভীর স্তর হইতে শোণিতস্রাব হইতে থাকিলে একখণ্ড চতুষ্কোণ আইওডোফরম গজের মধ্যস্থল গহ্বর মধ্যে ফরসেপসের সাহায্যে প্রবেশ করাইয়া থলীর অনুরূপ হইলে কয়েকটী ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র আইওডোফরম উলের ট্যাম্পন প্রবেশ করাইয়া সঞ্চাপ দিয়া স্থাপন করিবে। এই সমস্ত ক্ষুদ্র ট্যাম্পনে সূত্র সংলগ্ন করিয়া রাখা আবশ্যক। এই সূত্র আকর্ষণ করিয়া সহজেই ট্যাম্পন বহির্গত করা যাইতে পারে।

মূলদেশ বন্ধন করিয়া কিরূপে শোণিতস্রাব রোধ করিতে হয় তাহা পূর্ব্বে উল্লেখ করা হইয়াছে। এই সমস্ত সাধারণ উপায়ে শোণিতস্রাব রোধ করিতে না পারিলে অন্ত্র সমূহ উদরগহ্বর হইতে বহির্গত করিয়া শোধিত উষ্ণ স্পঞ্জ বা তদ্রূপ বস্ত্র দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিলে উদরগহ্বরের অবস্থা উত্তমরূপে পর্য্যবেক্ষণ করা যাইতে পারে। দর্পণের সাহায্যে আলোক প্রতিফলিত করিয়া উদরগহ্বরমধ্যে প্রবেশ করাইলেও শোণিতস্রাবের নির্দ্দিষ্ট স্থান দেখা যাইতে পারে। এই অবস্থায় ক্ল্যাম্প ফরসেপস্ দ্বারা ধারণ করিয়া যথোপযুক্ত ভাবে বন্ধন করা যাইতে পারে।

অর্ব্বুদ নিষ্কাশন।—সমস্ত সংযোগ বিচ্ছিন্ন হইলে অর্ব্বুদ উদর-গহ্বর হইতে বহির্গত করিতে হয়। টেটের কর্কস্ক্রু অর্ব্বুদ মধ্যে প্রবিষ্ট করিয়া স্ক্রুয়ের মুষ্টি ধারণ করিয়া আকর্ষণ করিলে অর্ব্বুদ কর্ত্তনের বহির্দ্দেশে আসিতে পারে। অর্ব্বুদ বহির্গত করার সময়ে ধীরভাবে সাবধানে আকর্ষণ করা কর্ত্তব্য; নতুবা অজ্ঞাতসংযোগ

থাকিলে তাহা ছিন্ন কিম্বা অন্য যন্ত্র আহত হওয়া আশ্চর্য্য নহে। ক্ষুদ্র কর্ত্তন জন্য অর্ব্বুদ বহির্গত করার অসুবিধা হইলে কর্ত্তন দীর্ঘ-দিকে বর্দ্ধিত করা বরং শ্রেয়ঃ তত্রাপি কোন বিধান অত্যধিক আহত

১৩২ তম চিত্র।—মাইয়োমা উচ্ছেদ জন্য একষ্ট্রাপেরিটোনিয়াল এবডোমিন্যাল হিষ্টেরেকটমী অস্ত্রোপচারে ব্রডলিগামেণ্ট ফরসেপস দ্বারা ব্রড-লিগামেণ্ট ধারণ করিয়া তাহা বন্ধন এবং কর্ত্তন করার প্রণালী। উভয় পার্শ্বের অণ্ডাধার ও অণ্ডবহানলের বাহ্য পার্শ্ব দিয়া ফরসেপস্ চালিত করিয়া ব্রডলিগামেণ্ট সঙ্কাপিত করিয়া রাখা হইয়াছে। দক্ষিণ পার্শ্বে ফরসেপস্ উপযুক্ত স্থানে সংস্থাপিত এবং সূত্র প্রবেশিত ও গ্রন্থি বন্ধনোপযুক্তাবস্থায় সংস্থাপিত। বামপার্শ্বে গ্রন্থি বন্ধন করার পর লিগামেণ্ট কর্ত্তিত হইয়াছে। ১—অণ্ডাধার, ২—অণ্ডবহানল, ৩—গ্রন্থি বন্ধনোপযুক্তাবস্থায় প্রবেশিত সূত্র, ৪—অণ্ডাধারের ধমনী, ৫—জরায়ুর ধমনী, ৬—ইউরিটার, ৭—গ্রন্থি বন্ধনের পর কর্ত্তিত অংশের দৃশ্য।

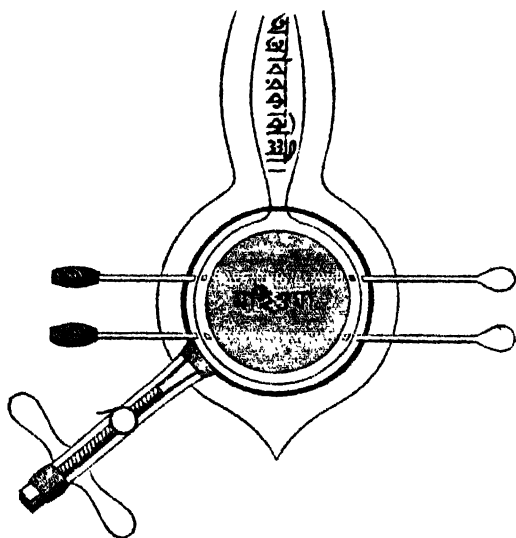
করিয়া বহির্গত করা বিধেয় নহে। অভ্যন্তরস্থিত যন্ত্র এবং গঠন সমূহ যত অল্প আহত হয়, ততই ভাল। অর্ব্বুদ অত্যন্ত বৃহৎ হইলে দন্তযুক্ত ফরসেপস্ দ্বারা ধারণ করতঃ খণ্ডে খণ্ডে কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করিতে হয়।

ব্রডলিগামেণ্ট কর্ত্তন।—ব্রডলিগামেণ্টের স্তরদ্বয়ের মধ্যস্থিত অর্ব্বুদ বহির্গত করিতে অসুবিধা বোধ করিলে উক্ত লিগামেণ্ট কর্ত্তন এবং বন্ধন করতঃ তৎপর অর্ব্বুদ বহির্গত করিবে। এইরূপ স্থলে উভয় পার্শে এক একটী ব্রডলিগামেণ্ট প্রেসার ফরসেপস্ জরায়ুর পার্শ্ব দিয়া প্রবেশ করাইয়া অণ্ডাধার ও অণ্ডবহানলের বহির্দ্দেশ দিয়া চালিত করিয়া ব্রডলিগামেণ্ট সঙ্কাপিত করিয়া ধারণ করতঃ তদবস্থায় রাখিয়া দিবে। অর্ব্বুদ বহির্গত এবং কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত না করা পর্য্যন্ত উক্ত ফরসেপস এই অবস্থাতেই রাখিবে। তৎপর সমুষ্টি সূচিকা বিনান রেসম সূত্র সুসজ্জিত করিয়া অভ্যন্তরে যে স্থানে ফরসেপস শেষ হইয়াছে তাহার নিম্নে জরায়ুর সন্নিকটে লিগামেণ্ট বিদ্ধ করিয়া সূত্র প্রবেশ করাইয়া গ্রন্থি বন্ধন করতঃ ফরসেপসের বাহ্য পার্শ্বের সন্নিকট দিয়া লিগামেণ্ট বিভক্ত করিবে। এইরূপে বন্ধন করিলে অণ্ডাধারের ধমনী ও তাহার সংযোগজাল, জরায়ুর ধমনী এবং শিরার সংযোগ জালবৎ অংশ আবদ্ধ হওয়ায় শোণিতস্রাব রোধ হয়। একই পার্শ্বে দুইটী ব্রডলিগামেণ্ট প্রেসার ফরসেপস প্রবেশ করাইয়া উভয় ফর-সপসের মধ্যস্থলেও লিগামেণ্ট কর্ত্তন করা হইয়া থাকে। এইরূপ করিলে বাহ্য পার্শ্বের ফরসেপস অর্ব্বুদ বহির্গত না করা পর্য্যন্ত ঐ অবস্থাতেই রাখিয়া লিগামেণ্ট বন্ধন করার পর খুলিয়া লইতে হয়। এক এক স্থলে এক এক প্রকার অসুবিধা উপস্থিত হইতে পারে, সেই সকল স্থলে বিশেষ বিবেচনা করিয়া অর্ব্বুদ বহির্গত করা আবশ্যক। তদ্রূপ প্রত্যেক বিষয় আলোচনা করা এই ক্ষুদ্র পুস্তকে অসম্ভব।

অর্ব্বুদের মূল বন্ধন—অর্ব্বুদ উদরগহ্বরের মধ্য হইতে বহির্গত হইলে অর্ব্বুদের মূল বন্ধন করিতে হয়। অন্ত্র ও অন্ত্রাবরক ঝিল্লি সমূহ স্পঞ্জ দ্বারা আবৃত রাখিয়া মূলদেশ উত্তমরূপে পর্য্যবেক্ষণ করিবে। যে যে স্থান হইতে শোণিতস্রাব হইতে থাকে তাহা পূর্ব্ব-বর্ণিত প্রণালীতে বন্ধ করিবে। শোণিতস্রাব বন্ধ এবং অন্ত্র ও ঝিল্লি সুরক্ষিত হইলে অর্ব্বুদের মূলদেশ (Pedicle) বন্ধন করা প্রধান কর্ত্তব্য। প্রথমে দৃঢ় বক্র ক্ল্যাম্প ফরসেপস্ দ্বারা অস্থায়ী ভাবে সঙ্কা-পিত করিয়া রবারের স্থূলতার দ্বারা মূলদেশ দৃঢ়রূপে বেষ্টন করিয়া লইয়া রবারের দুই অন্ত সঙ্কাপ ফরসেপস দ্বারা চাপিয়া কিম্বা রেসমের সূত্র দ্বারা একত্র করিয়া বন্ধন করিয়া রাখিবে। এই উদ্দেশ্যে নানাবিধ যন্ত্র আবিষ্কৃত হইয়াছে, তৎসমস্ত ব্যবহার করিলে বন্ধন করার বিশেষ সুবিধা হয়। ক্ষুদ্র পাতলা মূল দৃঢ় রেসম সূত্র দ্বারাও বন্ধন করা যাইতে পারে।

সংলগ্ন বিধান সমূহ পূর্ব্বে কর্ত্তিত না হইয়া থাকিলে এই সময়ে দুইটী ক্ল্যাম্প ফরসেপস প্রবেশ করাইয়া উভয় ফরসেপসের মধ্যস্থলে কর্ত্তন করিয়া ক্যাটগট সূত্রের লিগেচার দ্বারা শোণিতস্রাব বন্ধ করিবে।

টেলারের প্রণালীতে মূল বন্ধন। (Taylor's method of clamping the Pedicle)—জরায়ুর সহিত পার্শ্বস্থিত সংযোগ বিচ্ছিন্ন, ব্রডলিগামেণ্ট বিযুক্ত ও বন্ধন এবং অন্যান্য স্থান আবদ্ধ থাকিলে তৎসমস্ত বিমুক্ত করিয়া উদরগহ্বর হইতে অর্ব্বুদ বহির্গত করিয়া একটী দীর্ঘ শলাকা অর্ব্বুদের মূলদেশের দক্ষিণ পার্শ্বস্থিত অন্ত্রাবরক ঝিল্লি এবং মূলের সমস্ত স্থূলত্ব ভেদ করিয়া বামপার্শ্বের অন্ত্রাবরক ঝিল্লি ভেদ করতঃ বহির্গত করিবে। এই শলাকার উভয় অন্ত উদর-প্রাচীরোপরি অবস্থিত হয়। শলাকার তীক্ষ্ণ অন্তে প্রবেশ করানের জন্য

একটী রন্ধ্র বিশিষ্ট ধাতব চাক্তি থাকে, তাহা প্রবেশ করাইয়া শলাকার প্রত্যেক অগ্রের নিম্নে পাকান আইওডোফরম গজ সংস্থাপন করিলে উদরপ্রাচীরের ত্বক্ আহত হওয়ার আশঙ্কা থাকে না। প্রথম শলাকার পার্শ্বে ঐ প্রণালীতে আর একটী শলাকা প্রবেশ করাইতে

১৩৩তম চিত্র।—টেলারের প্রবর্ত্তিত নিয়মে ক্ল্যাম্প দ্বারা অর্ব্বুদের মূল বন্ধন করার প্রণালী। প্রবেশিত শলাকার এবং সেরনিউডের তার দ্বারা অর্ব্বুদের মূলদেশ পরিবেষ্টিত থাকার চিত্র।

হয়। এই দুইটী শলাকা অল্প আড়াআড়ী ভাবে প্রবেশ করাইলেও হইতে পারে। এই শলাকার নিম্নে—মূলের সকল দিক পরিবেষ্টন করিয়া ক্ল্যাম্পের তার পড়াইয়া স্ক্রু ঘুরাইয়া কষিয়া রাখিবে। যে স্থান দিয়া শলাকা প্রবেশ করান হইয়াছে তাহার দুই ইঞ্চি উর্দ্ধে ছুরিকা দ্বারা সকল দিক পরিবেষ্টন করিয়া কর্ত্তন করিয়া অর্ব্বুদ দূরীভূত করিবে।

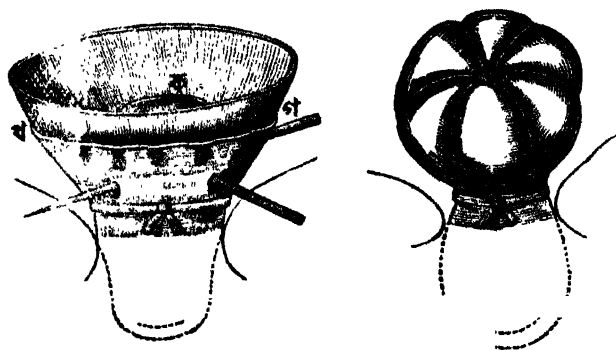
অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা হইলে মূলদেশের অভ্যন্তরস্থিত অর্ব্বুদ সংশ্লিষ্ট বিধান যথাসম্ভব কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করতঃ মূলদেশ পরিষ্কার করিবে। মূলদেশ পরিষ্কার হইলে তদুপরি লাইকর ফেরি পারক্লোরাইড প্রয়োগ করিবে।

অস্থায়ী প্রয়োগ জন্য স্থিতিস্থাপকতার কিম্বা ক্ল্যাম্পের পরিবর্ত্তে পোজির ইলাষ্টিক টুর্ণিকেট ব্যবহার করাই সুবিধা। এই উদ্দেশ্যে নির্ম্মিত টেটের যন্ত্র ব্যবহার করিলে তার স্খলিত হওয়ার আশঙ্কা থাকে না। মূলদেশ ক্ষুদ্র হইলে সঙ্কুচিত হইয়া অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হওয়া নিবারণ জন্যই সেরনিউড (serre nœud) দ্বারা কষিয়া তৎপর শলাকা বিদ্ধ করিয়া রাখিতে হয়। প্রথমে রবারের তার দ্বারা বন্ধন করিয়া পরে সেরনিউড দ্বারা কষিয়া রাখিয়া পরিশেষে শলাকা প্রবেশ করাইয়া শলাকার উপরে কর্ত্তন করিয়া অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করিতে হয়। সেরনিউডের তার কোমল অথচ ছিন্ন হয় না। তার কষার সময়ে তন্মধ্যে ব্রড লিগামেন্টের মূল, অন্ত্র, ওমেন্টম এবং মূত্রাশয় প্রভৃতি আবদ্ধ না হয়, তৎপ্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখিবে।

অর্ব্বুদ উচ্ছেদ।—যে স্থানে শলাকা প্রবেশ করান হইয়াছে, তাহা হইতে এত উদ্ধে কর্ত্তন করিয়া অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করিবে যে, উক্ত বন্ধন শিথিল না হইতে পারে। অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করার পরেই শোণিত নির্গত হইয়া গেলে মূলদেশের আয়তন হ্রাস হওয়ায় সেরনিউড শিথিল হওয়ার আশঙ্কায় এই সময়ে আরও কয়েকবার স্ক্রু ঘুরাইয়া কষিয়া দিবে। মূলদেশ উদ্দেশ্যানুযায়ী প্রস্তুত হইলে তাহা উদরপ্রাচীরের কর্ত্তনের নিম্নকোণে লইয়া আসিয়া তথায় স্থায়ী ভাবে রাখিবে।

কটারী বা পারক্লোরাইড আয়রণ, পাঁচ ভাগ ট্যানিন ও এক ভাগ আইওডোফরম, তিন ভাগ ট্যানিন ও এক ভাগ স্যালিসিলিক এসিড, ক্লোরাইড অফ জিঙ্ক, বিশুদ্ধ আইওডোফরম, বিশুদ্ধ শোষক তুলা, ইহার

যে কোন একটী প্রয়োগ করা যাইতে পারে। কেবল আইওডোফরম প্রয়োগ করিলেই হইতে পারে। উদ্দেশ্য কেবল—শুষ্ক ও কঠিন হইয়া শেষে মোমবৎ হইয়া যাওয়া।

ডলেরিস শ্যামপিন বোতলের কাকের অনুরূপ গঠনে মূলদেশ প্রস্তুত করেন। কাঁচী বা ছুরিকা দ্বারা মূলের অভ্যন্তরের অর্ব্বুদ সংশ্লিষ্ট বিধান কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করতঃ কেবল শ্লৈষ্মিক ও পৈশিক স্তর মাত্র

১৩৪ এবং ১৩৫তম চিত্র।—ডলেরিস এর মতে অর্ব্বুদ মূলের অবশিষ্টাংশ স্যাম্পেন কর্কের আকৃতিতে প্রস্তুত করার প্রণালী।

রাখিয়া অভ্যন্তরের গহ্বরে আইওডোফরম প্রয়োগ এবং সকল পার্শ্বের শ্লৈষ্মিকস্তর একত্র করিয়া রেসম সূত্র দ্বারা সেলাই করিয়া পচন-নিবারণ জন্য উপরে আইওডোফরম, ট্যানিন, আইওডোফরম বা স্যালোল প্রয়োগ করিতে হয়। মূলদেশের অতিরিক্ত অংশ দূরীভূত করতঃ অবশিষ্ট অংশ যে কোন আকৃতিতে প্রস্তুত এবং পচননিবারক পদার্থ পরিবেষ্টিত করিলেই উদ্দেশ্য সফল হয়।

রবারের তার দ্বারা মূলদেশ বন্ধন করাই উচিত, কারণ নল ব্যবহার করিলে নলের রন্ধ্র মধ্যে পচনোৎপাদক পদার্থ বর্ত্তমান থাকা

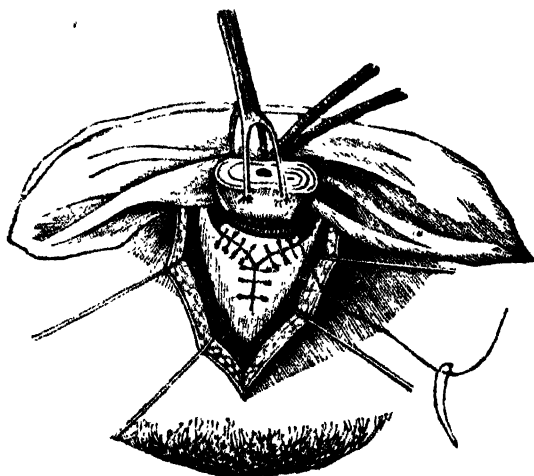
অসম্ভব নহে। অত্যন্ত সটান করিয়া ধরিয়া জরায়ুগ্রীবার সকল পার্শ্ব দুইবার পরিবেষ্টন করিয়া তৎপর দৃঢ়ভাবে বন্ধন বা আবদ্ধ করিতে হয়। এরূপ স্থূল তার ব্যবহার করিবে যে, সবল অথচ বন্ধনোপযুক্ত হইতে পারে। একচতুর্থাংশ ইঞ্চ ব্যাসবিশিষ্ট তার দ্বারা উত্তমরূপে বন্ধন করা যাইতে পারে। অর্ব্বুদের মুল স্থূল হইলে সূচিকা দ্বারা বিদ্ধ করিয়া পৃথক্ দুই অংশে বন্ধন করাই সুবিধা। শিথিল হওয়ার আশঙ্কা নিবারণ জন্য কেহ কেহ দুই বার তার বন্ধন করেন।

সেরনিউড প্রয়োগ করিলে তাহা শিথিল হইল কি না, তৎপ্রতি দৃষ্টি রাখিতে হয়। শিথিল হইয়াছে, সন্দেহ হইলে কয়েকবার স্ক্রু ঘুরাইয়া কষিয়া দিতে হয়। অস্ত্রোপচারের পরও প্রত্যহ এই বিষয়টী লক্ষ্য রাখিতে হয়।

গ্রেগ স্মিথ মহাশয় বলেন—তার বা সেরনিউড অত্যন্ত কষিয়া শোণিত সঞ্চালন সম্পূর্ণরূপে বন্ধ করিয়া দিলে যত শীঘ্র পচন হয়, অল্প অল্প শোণিত সঞ্চালিত হইতে দিলে তদপেক্ষা শীঘ্রই পচন উপস্থিত হয়। ইনি চতুর্থ দিবসে ক্ল্যাম্প বহির্গত করেন। অপর অনেকে প্রত্যহ পরিষ্কার করার সময়ে কাঁচী ও ফরসেপস দ্বারা পচা পদার্থ বহির্গত করিয়া থাকেন।

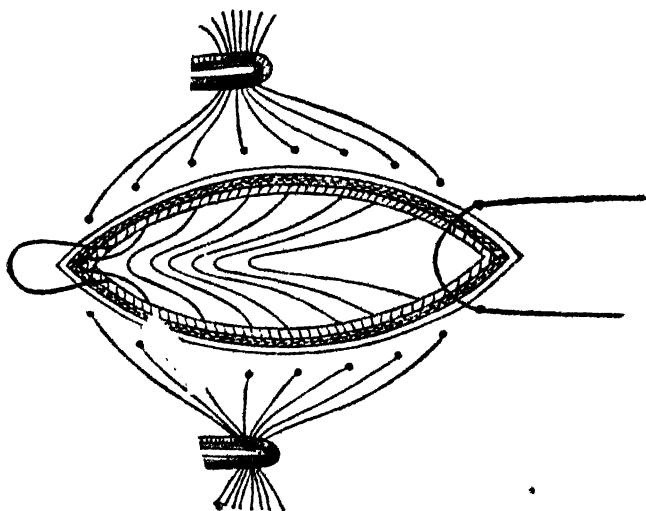
উদরপ্রাচীর সেলাই।—অর্ব্বুদ উচ্ছেদ, মূলদেশ ইচ্ছানুযায়ী প্রস্তুত, এবং শোণিতস্রাব বন্ধ হইলে পচননিবারক উষ্ণ জল সিক্ত স্পঞ্জ বা বস্ত্রখণ্ড মোচড়াইয়া শুষ্ক করতঃ তদ্দ্বারা উদরগহ্বর উত্তমরূপে পরিষ্কার এবং শুষ্ক করিবে। উত্তমরূপে পরিষ্কার ও শুষ্ক হইলে সেলাইয়ের দ্বারা উদরপ্রাচীরের কর্ত্তন বন্ধ করা আবশ্যক।

অর্ব্বুদের মূলদেশের অবশিষ্ট যে অংশ উদরপ্রাচীরের বহির্দ্দেশে আছে, তাহা উদরপ্রাচীরের কর্ত্তনের নিম্ন কোণে স্থাপন করতঃ মূলদেশের নিম্নাংশের উভয় পার্শ্বের পেরিটোনিয়ম ১৩৬তম চিত্র প্রদর্শিত

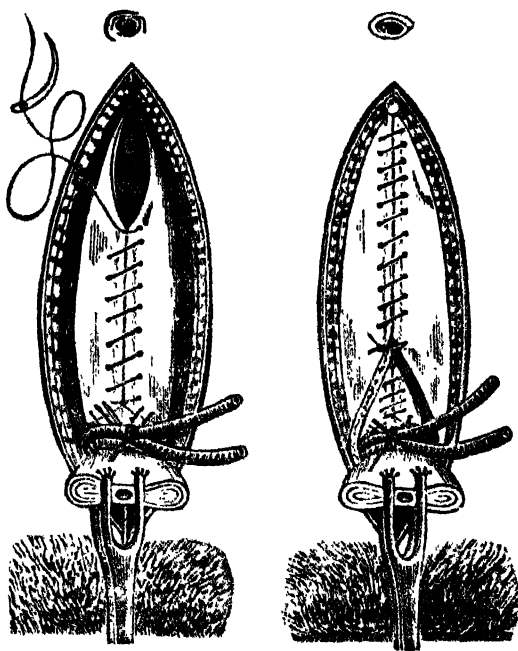
প্রণালীতে ক্রমিক অবিচ্ছিন্ন সেলাইয়ের দ্বারা আবদ্ধ করিয়া দিবে। যে স্থানে তার বন্ধন করা হইয়াছে, তাহার নিম্নে চক্রাকারে বেষ্টন করাইয়া মূলসহ উদরপ্রাচীরের পেরিটোনিয়ম সেলাই করিতে হয়। কেবলমাত্র সৈহিক ঝিল্লি সূক্ষ্ম বক্র সূচিকাসজ্জিত ক্যাটগট সূত্র দ্বারা মূলের

১৩৬তম চিত্র।—এক্সট্রাপেরিটোনিয়াল এবডোমিনেল হিষ্টেরেকটমী অস্ত্রোপচারে উদরপ্রাচীর সেলাই দ্বারা বদ্ধ করার প্রণালী। অর্ব্বুদ মূলের অবশিষ্টাংশ উদরপ্রাচীরের কর্ত্তনের নিম্নকোণে ও স্থিতিস্থাপক তার দ্বারা বন্ধনাবস্থায় এবং মূলদেশ ফরসেপস দ্বারা ধৃত ও সবলে আকর্ষিত হওয়ায় পিউবিস্ হইতে দূরে অবস্থিত। অর্ব্বুদমূলের স্থিতিস্থাপক তারের নিম্নাংশে কেবল মাত্র পেরাইটাল পেরিটোনিয়ম সংলগ্ন করিয়া সেলাই দ্বারা সম্মিলিত করার প্রণালী প্রদর্শিত হইয়াছে।

সকল পার্শ্বে পরিবেষ্টন করিয়া সেলাই করা আবশ্যক। সেলাইয়ের মধ্যে অন্ত্র কোন বিধান সংলিপ্ত না হয়, তৎসম্বন্ধে লক্ষ্য রাখিতে হয়।

নিম্নাংশের সেলাই শেষ হইলে তৎস্থান পচননিবারক বস্ত্রাবৃত করিয়া মূলের ঊর্দ্ধাংশের উদরপ্রাচীরে সেলাই করা আবশ্যক। এই শেষোক্ত স্থানের কর্ত্তনে ক্রমে ক্রমে চারিটী সেলাই করা আবশ্যক।

অন্ত্র ইত্যাদি আহত হওয়ার আশঙ্কা নিবারণ জন্য প্রথমে উদর-গহ্বর মধ্যে প্রশস্ত স্পঞ্জ খণ্ড স্থাপন করিয়া অন্ত্রাদি আবৃত করতঃ অর্ব্বুদের মূলের দুই অঙ্গুলী ঊর্দ্ধে মুষ্টিযুক্ত বৃহৎ ও শেষ অস্ত্র পার্শ্বদিকে

১৩৭তম চিত্র।—উদরপ্রাচীরের কর্ত্তনে পৃথক্ পৃথক্ কয়েক খণ্ড সিল্কওয়ারমগট সূত্র প্রবেশ করাইয়া দুই পার্শ্বে দুইটী শ্করসেপসে আবদ্ধ করিয়া রাখা হইয়াছে এবং কিরূপে সূত্রে ফাঁক করিয়া স্পঞ্জ বহির্গত ও অবিচ্ছিন্ন সেলাই করিতে হয়, তাহা প্রদর্শিত হইয়াছে।

অর্দ্ধ বৃত্তাকার বক্র সূচিকা দ্বারা উদরপ্রাচীরের কর্ত্তনের এক পার্শ্বের ত্বক্, মেদ, পেশী, পৈশিক ঝিল্লি ও অন্ত্রাবরক ঝিল্লি বিদ্ধ করতঃ বহির্গত করিয়া কর্ত্তনের অপর পার্শ্বের অন্ত্রাবরক ঝিল্লি, পৈশিক ঝিল্লি, পেশী ও

ত্বক্ ভেদ করিয়া যথোপযুক্ত দীর্ঘ ও স্থূল সিল্ক ওয়ারমগট সংলগ্ন করিয়া বহির্গত করিয়া আনিয়া সূত্রের উভয় অন্তে দুইটী সক্কাপ ফরসেপস্ আবদ্ধ করিয়া দুই পার্শ্বে ঝুলাইয়া রাখিয়া দিবে। এইরূপে এক, কি দেড় ইঞ্চ পরপর যে কয়েক খণ্ড সূত্র প্রবেশ করান যাইতে পারে, তাহা ক্রমে ক্রমে প্রবেশ করাইয়া সেই ফরসেপসে আবদ্ধ করিয়া রাখিবে।

১৩৮তম চিত্র।—এবডোমিনাল সুপ্রাভেজাইন্যাল হিষ্টেরেক্টমী অস্ত্রোপচারান্তে অস্ত্রাবরক ঝিল্লিতে অবিচ্ছিন্ন সেলাই করার প্রণালী।

১৩৯তম চিত্র।—অস্ত্রাবরক ঝিল্লি সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করার পর অবিচ্ছিন্ন সেলাই দ্বারা পৈশিক ঝিল্লি আবদ্ধ করার প্রণালী।

এই সময়ে পূর্ব্বপ্রবিষ্ট স্পঞ্জ বহির্গত করিয়া সমস্ত স্পঞ্জের সংখ্যা মিল করা আবশ্যক। ভ্রমক্রমে যদি এক খণ্ড স্পঞ্জ উদরগহ্বর মধ্যে

থাকে তাহা হইলে রোগিণীর জীবন নাশের সম্ভাবনা। পৃথক্ পৃথক্ সূত্র প্রবেশ করান হইলে তৎপর অর্ব্বুদের মূলদেশের অবশিষ্টাংশের উর্দ্ধাংশে কর্ত্তিত অন্ত্রাবরক ঝিল্লির উভয় পার্শ্ব একত্র করিয়া সূক্ষ্ম ক্যাট-গট সূত্র ও বক্র সূচিকা দ্বারা ক্রমাগত অবিচ্ছিন্ন সেলাই করিবে। সেলাই আরম্ভ করার সময়ে প্রথমে এবং সেলাই শেষ হইলে সেই অন্তে দুই দুইটী বিষগিরা দ্বারা সেলাই শেষ করিবে। এই প্রণালীতেই পৈশিক ঝিল্লিও সেলাই করিতে হয়।

অন্ত্রাবরক ও পৈশিক ঝিল্লির সেলাই শেষ হইলে প্রথমে পৃথক্ পৃথক্ যে সিল্ক ওয়ারমগট সূত্র প্রবেশ করাইয়া রাখা হইয়াছে, তাহার প্রত্যেকটীতে বিষগিরা দিয়া এমতভাবে বন্ধন করিবে যে,কর্ত্তনের উভয় পার্শ্ব পরস্পর সম্মিলিত হইতে পারে। সিল্ক ওয়ারমগট সূত্র বন্ধন করা হইলে উভয় বন্ধনের মধ্যস্থিত অংশে সামান্ত ফাঁক থাকে, তাহার সম্মিলনের উদ্দেশ্যে বিশুদ্ধ বালামচী দ্বারা অর্ব্বুদের বহির্গত অবশিষ্টাংশের উর্দ্ধাংশ হইতে আরম্ভ করিয়া কর্ত্তনের শেষ পর্য্যন্ত অবিচ্ছিন্ন সেলাই করিবে। বালামচীর সেলাইয়ের আরম্ভ সময়ে দুইটী বিষগিরা দিয়া আবদ্ধ, সিল্ক ওয়ারমগট বন্ধনের সন্নিকটে উপস্থিত হইলে বন্ধনের অভ্যন্তর দিয়া সূচিকা পরিচালিত এবং সেলাই শেষ হইলে পুনর্ব্বার দুইটী বিষ-গিরা দ্বারা বালামচী আবদ্ধ করিতে হয় অনেকে দোহারা বালামচী ব্যবহার করেন।

ক্ষতাচ্ছাদন।—সমস্ত সেলাই শেষ হইলে অর্ব্বুদের মূলের অব-শিষ্ট বহির্গত অংশোপরি লাইকর ফেরি পারক্লোরাইড প্রলেপ, সমস্ত কর্ত্তিত অংশে আইওডোফরম চূর্ণ প্রক্ষেপ এবং বিশুদ্ধ লিণ্টের সহ বোরাসিক মলম দ্বারা আবৃত করিয়া প্রথমে কয়েক স্তর বিস্তৃত বিশুদ্ধ পচননিবারক তুলা এবং তৎপর কয়েক স্তর বিস্তৃত বিশুদ্ধ পচন নিবা-রক গজ সংস্থাপন পূর্ব্বক বিশুদ্ধ পচননিবারক বস্ত্র দ্বারা পরিবেষ্টন

করতঃ বন্ধন করিয়া দিবে। দেড়ফের হইতে পারে এমত দীর্ঘ এবং বিঘত প্রমাণ প্রশস্ত কয়েক খণ্ড বস্ত্র—এক খণ্ডের প্রস্থের অর্দ্ধাংশে দ্বিতীয় খণ্ড, দ্বিতীয় খণ্ডের প্রস্থের অর্দ্ধাংশে তৃতীয় খণ্ড, এইরূপে পর পর কয়েকখণ্ড বস্ত্র স্থাপন করিয়া এমত প্রশস্ত করিবে যে, তদ্দ্বারা পিউবিসের নিম্ন হইতে স্তন পর্য্যন্ত সমস্ত অংশ উত্তমরূপে পরিবেষ্টিত হইতে পারে। এইরূপে প্রস্তুত বস্ত্র পৃষ্ঠের নিম্নে স্থাপন ও নিম্ন দিক হইতে আরম্ভ করতঃ পর পর একএকখণ্ড পৃথক্ ভাবে দেড়-ফের করিয়া দৃঢ়রূপে বেষ্টন করতঃ উত্তম পিন বা সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিয়া দিবে। দুই পার্শ্ব হইতে দুইজনে বস্ত্রের দুই অন্ত ধরিয়া আকর্ষণ করতঃ পরস্পরের বিপরীত পার্শ্বে স্থাপন ও উপরে যে অন্ত স্থাপিত হয় তাহা পিন দ্বারা আবদ্ধ করাই সহজ।

পরবর্ত্তী চিকিৎসা।—বস্ত্র ইত্যাদি বন্ধন শেষ হইলে রোগিণীকে বিশুদ্ধ শয্যায় শয়ান করাইয়া জানুসন্ধির নিম্নে বালিশ এবং উভয় পার্শ্বে উষ্ণজলপূর্ণ বোতল স্থাপন করিয়া বস্ত্রাবৃত করিয়া রাখিবে। আবশ্যক হইলে এক বা কয়েক মাত্রা উত্তেজক ঔষধ প্রয়োগ করিবে। প্রথম এক কি দুই দিবস কেবল মাত্র বার্লীর জল পান করিতে দিবে। তদ্ব্যতীত অপর কোন পথ্য প্রদান করা নিষেধ। তৃতীয় দিবসের পূর্ব্বে দুগ্ধ প্রদান নিষেধ। আবশ্যক হইলে বরফসহ অমুগ্র সুরা দেওয়া যাইতে পারে। ব্র্যাণ্ডের এসেন্স অফ মিট দেওয়া যাইতে পারে। পঞ্চম দিবস অতীত না হইলে তরল পথ্য ব্যতীত কোমল বা কঠিন পথ্য দিবে না। অধিকাংশ চিকিৎসকই অহিফেন প্রয়োগের বিরোধী। উদরাধ্মান উপস্থিত হওয়ার লক্ষণ দেখিলে তারপিন তৈলের এনিমা প্রয়োগ করিবে। প্রত্যহ তিন চারি বার এনিমা প্রয়োগ করিলে নলের মধ্য দিয়া উদরের বায়ু বহির্গত হইয়া যাইতে পারে। ষষ্ঠ দিবসে লাবণিক বিরেচক প্রয়োগ করা আবশ্যক। এক ড্রাম সালফেট অফ

ম্যাগনিসিয়া অল্প জল সহ দ্রব করিয়া প্রত্যেক ঘণ্টায় ৫।৬ বার প্রয়োগ করিলে কোষ্ঠ পরিষ্কার, উদরাধ্মান বিনষ্ট এবং বেদনার উপশম হয়। মূত্রাশয়ের প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা আবশ্যক।

প্রথমে যে স্থানিক ঔষধ প্রয়োগ করা হইয়াছিল, ৬—৮ দিবস পর তাহা পরিবর্ত্তন করিয়া নূতন ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। ১৫শ হইতে ২০শ দিবসের মধ্যে মূলের অবশিষ্টাংশ বিনষ্ট ও বিযুক্ত হয়। দেশ,কাল ও পাত্র ভেদে প্রথম স্থানিক ঔষধ পরিবর্ত্তন এবং মূল বিযুক্ত হওয়া সম্বন্ধে বিভিন্নরূপ সময়ের আবশ্যক হইতে পারে। মূল বিযুক্ত হইলে মাংসাঙ্কুর যুক্ত ক্ষত দেখা যায়। এই সময়ে শলাকা বহির্গত হইয়া যাওয়ার সম্ভাবনা। সেরনিউড বহির্গত করার পরও কয়েক দিবস শলাকা আবদ্ধ রাখা উচিত, নতুবা মাংসাঙ্কুরযুক্ত প্রদেশ অবনত হইয়া অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হইলে কষ্টভোগ করার সম্ভাবনা। সাধারণতঃ সপ্তম দিবসে পৃথক্ পৃথক্ সেলাইয়ের সূত্র কর্ত্তন করা হইয়া থাকে।

প্রথমবারের ঔষধ পরিবর্ত্তন করার পর প্রত্যহ পচনানিবারক প্রণালীতে স্থানিক ঔষধ প্রয়োগ করিবে। বোরিক এসিড, আইওডোফরম, স্যালিসিলিক ও ট্যানিক এসিড ইত্যাদি শুষ্ক চূর্ণ ঔষধ প্রক্ষেপ করিয়া পচননিবারক প্রণালীতে চিকিৎসা করাই সুবিধা। এক সপ্তাহ রোগিণী কেবল মাত্র উত্তানভাবেই নিয়ত শয়ন করিয়া থাকিবে।

মূলদেশ বৃহৎ হইলে যদি তদুপরি মধ্যে মধ্যে কষ্টিকলোশন প্রয়োগ করা যায়, তবে কোমল ও দুর্গন্ধযুক্ত না হইয়াও শুষ্ক হইতে পারে। এইরূপ স্থলে যে অংশ বিযুক্ত হয় তাহাই কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করা উচিত।

পরবর্ত্তী অবস্থা যে ভাবে পরিবর্ত্তিত হইতে থাকে, চিকিৎসা প্রণালীও তদনুসারে পরিবর্ত্তিত করিতে হয়। কোন কোন স্থলে

অস্ত্রোপচারের ৩।৪ দিবস পর যোনি হইতে রক্তরস নিঃসৃত হয়। কিন্তু এতৎ প্রতিবিধান কল্পে কোন উপায় অবলম্বন নিষ্প্রয়োজন। অর্ব্বুদসহ অণ্ডাধার উচ্ছেদ না করিলে আর্ত্তবস্রাবের নির্দ্দিষ্ট সময়ে কখন কখন ক্ষত হইতে শোণিতস্রাব হইয়া থাকে।

স্নায়বীয় উত্তেজনা নিবারণ জন্য অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে মর্ফিয়া বা মর্ফিয়া ও এট্রোপিয়া প্রয়োগ করার আবশ্যক হইতে পারে। আভ্যন্তরিক শোণিতস্রাবের লক্ষণ—বিবর্ণত্ব ও ধমনীর গতি দ্বারা অনুমান করিলে কর্ত্তন পুনর্ব্বার উন্মুক্ত করিয়া কোথা হইতে শোণিতস্রাব হইতেছে, তাহা অনুসন্ধান পূর্ব্বক যে শোণিতবাহিকা হইতে শোণিতস্রাব হইতে থাকে, তাহা বন্ধন ও মলদ্বারে উত্তেজক পিচকারী করিবে। অত্যন্ত অবসন্না হইয়া পড়িলে ত্বক্‌নিম্নে সালফিউরিক ইথর ও লাইকর ষ্ট্রিকনিন প্রয়োগ করিবে। অল্প সময় পর পর মর্ফিয়া ও এট্রোপিয়ার অধস্ত্বাচিক পিচকারী প্রয়োগ করিবে। এই সময়ে প্রশান্ত ভাবে কার্য্য করা উচিত, ব্যস্ত সমস্ত হইয়া অনাবশ্যকীয় স্থলে মর্ফিয়া ইত্যাদি প্রয়োগ করিলে অনিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। বমন নিবারণ জন্য অধিক ঔষধ প্রয়োগ করিলেও অনিষ্ট হয় অথচ অনেক স্থলেই বমন নিবারিত হয় না। বমন জন্য উদর হইতে বায়ু এবং তরল পদার্থ বহির্গত হইয়া গেলে অপকার না হইয়া বরং উপকার—উদরাধ্মানের উপশম হয়। উষ্ণ জল ইত্যাদি পান করার পর বমন হইলে পিত্ত ইত্যাদি বহির্গত হওয়ায় অল্পক্ষণের জন্য উপশম বোধ হয়।

উপসর্গ।—অন্ত্রের ক্রিয়ার দুর্ব্বলতা এবং কোষ্ঠবদ্ধাবস্থায় সিডলিজ-পাউডার বা সালফেট অফ্ ম্যাগনেসিয়া সেবন করাইলে অনেক সময়ে উদরাধ্মান আরোগ্য হওয়ায় বিশেষ উপকার হয়। অহিফেন সেবন করান অনুচিত।

দূষিত পদার্থের শোষণ জন্য অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ এবং

অন্ত্রাবরোধ—এই উভয় উপসর্গই উপস্থিত হইতে পারে। সাবধানে উভয়ের পার্থক্য নির্ণয় করা আবশ্যক। অন্ত্রাবরোধ হইলে প্রবল উদরাধ্মান, উত্তাপাধিক্য এবং বান্ত পদার্থসহ বিষ্ঠা মিশ্রিত থাকিতে পারে। পরন্ত উদরের চৈতন্যাধিক্য উপস্থিত হয়। ভিন্ন ভিন্ন কারণ বশতঃ ঐরূপ অবরোধ উপস্থিত হইতে পারে। অনেক স্থলে উক্ত ঝিল্লির কেবল নির্দ্দিষ্ট অংশে প্রদাহ উপস্থিত হয়। প্রবল উদরাধ্মান, শয্যা কণ্টক, মুখমণ্ডলের বিবর্ণত্ব, ধমনীস্পন্দনে দ্রুতত্ব এবং উত্তাপাধিক্য অত্যন্ত মন্দ লক্ষণ। অন্ত্রাবরোধ ও দূষিত পদার্থের শোষণ জন্য অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ এবং আভ্যন্তরিক শোণিতস্রাব ইত্যাদির কোন একটী কারণে ঐরূপ মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে।

অস্ত্রোপচারের ধাক্কা (Shock)—জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ দূরীভূত করার পর অস্ত্রোপচারের ধাক্কার জন্য মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে। সংযোগ, অত্যধিক শোণিতস্রাব, কিম্বা অধিক সময় চৈতন্যহারক ঔষধ ব্যবহার জন্য ধাক্কার লক্ষণ উপস্থিত হয়। অস্ত্রোপচার সময়ে শোণিতস্রাব রোধ ও সংযোগস্থানে সপ্তাপ ফমেপস্ প্রয়োগ করিয়া অযথা বিলম্ব না করা, অন্ত্রাদি বিশেষ যত্নে রক্ষা করা, সাবধানে হস্ত সঞ্চালন করা, উগ্র পচননিবারক দ্রব ব্যবহার না করা এবং উদরাভ্যন্তরিক বিধান যাহাতে আহত না হয়, তৎপ্রতি যত্ন করাই ধাক্কার প্রতিবিধানোপায়।

উদর-স্ফীতি, নিয়ত বেদনা, ধমনী স্পন্দনের দ্রুতত্ব, ক্রমাগত বমন, চাঞ্চল্য, মুখমণ্ডলের বিকৃতি কিম্বা চিন্তাব্যঞ্জক ভাব এবং উত্তাপ বৃদ্ধি হইলে পেরিটোনাইটিস্ উপস্থিত হইয়াছে, এমত সন্দেহ করা যাইতে পারে। দূষিত পদার্থের শোষণ জন্যই ঐরূপ লক্ষণ উপস্থিত হয়। এইরূপ স্থলে অবসন্নতা উপস্থিত হওয়ায় মৃত্যু হইতে পারে। শোণিত-বাহিকা মধ্যে শোণিত সংযত হওয়ার জন্যও মৃত্যু হইতে পারে।

চিকিৎসা।—মলদ্বারপথে ব্র্যাণ্ডী ইত্যাদি উত্তেজক ঔষধ ও মাংসের সার ইত্যাদি পোষক পদার্থ প্রয়োগ এবং মধ্যে মধ্যে পচননিবারক জল দ্বারা অন্ত্র ধৌত করা আবশ্যক। পুনঃ পুনঃ ব্র্যাণ্ডী এগ মিশ্চার ও দুগ্ধ ইত্যাদি সেবন করাইবে। দৈহিক উত্তাপ রক্ষার জন্য যত্ন করা আবশ্যক। তারপিন তৈলের এনিমা প্রয়োগ করিলে উদরাধ্মান উপশমিত হয়। উপযুক্ত স্থলে ইথর, এমনিয়া, ষ্ট্রীকনিয়া প্রভৃতি অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে প্রয়োগ করা আবশ্যক।

একবিংশ অধ্যায়।

সৌত্রিক অর্ব্বুদের ভিন্ন ভিন্ন অস্ত্রোপচার।

ইণ্ট্রা-পেরিটোনিয়াল হিষ্টেরেক্টমী।
(Intra-Peritoneal Hysterectomy.)

একষ্ট্রা-পেরিটোনিয়াল হিষ্টেরেকটমীতে সৌত্রিক অর্ব্বুদের কর্ত্তিত মূলাংশ অন্ত্রাবরক ঝিল্লির বাহির্দ্দেশে রক্ষা করিয়া চিকিৎসা করিতে হয়, কিন্তু ইণ্ট্রা-পেরিটোনিয়াল হিষ্টেরেক্টমীতে উক্ত মূল অন্ত্রাবরক ঝিল্লির অভ্যন্তরে সন্নিবেশিত করিয়া উদরপ্রাচীরের কর্ত্তন সম্পূর্ণরূপে বন্ধ করতঃ চিকিৎসা করিতে হয়। এই জন্য উক্ত বিভিন্ন নামে উক্ত হইয়া থাকে।

পূর্ব্বাধ্যায়ে বর্ণিত প্রণালীক্রমে রোগিণীকে প্রস্তুত এবং উদরপ্রাচীর কর্ত্তন করিতে হয়। জরায়ুগ্রীবার অস্থায়ী বন্ধনের এক কি দুই ইঞ্চ ঊর্দ্ধে অর্ব্বুদ বিভক্ত করিয়া তাহা

হইতে অস্ত্রাবরক ঝিল্লি বিযুক্ত করিয়া এত পরিমাণ অংশে অবশিষ্ট রাখিবে, যে, তদ্দারা অর্ব্বুদ কর্ত্তিত অবশিষ্ট মূলাংশ সম্পূর্ণরূপে আবৃত হইতে পারে। এই সময়ে যে যে স্থান হইতে শোণিত স্রাব হইতে থাকে তাহা ক্যাটগট সূত্র দ্বারা বন্ধন করিবে সম্মিলিত করিলে জরায়ুর অনুরূপ গঠন হইতে পারে, ঐরূপ দুইটী অংশ প্রস্তুত ও রক্ষা করিয়া অবশিষ্ট সমস্ত অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করিবে। জরায়ুগহ্বর উন্মুক্ত হইলে পচনোৎপাদক পদার্থ প্রবেশের আশঙ্কা থাকে, সুতরাং সম্ভব হইলে উন্মুক্ত না করাই শ্রেয়ঃ। উন্মুক্ত হইলে যথাসম্ভব শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দূরীভূত করতঃ গহ্বরের নিম্নাংশে শতকরা পাঁচ অংশ কার্ব্বলিক দ্রব এমত সাবধানে প্রয়োগ করিবে যেন গহ্বরের ঊর্দ্ধাংশে উক্ত দ্রব সংলগ্ন না হয়। কারণ, দ্রব সংলিপ্ত হইলে প্রাথমিক সংযোগের বিঘ্ন হইতে পারে। গভীর স্তর সংযোগের উদ্দেশ্যে রেসম এবং ক্যাটগট সূত্র দ্বারা পৃথক্ পৃথক্ ভাবে সেলাই করিয়া বন্ধন করিবে। এই বন্ধন দ্বারা কেবল উভয় পার্শ্ব সংলিপ্ত হইবে। অস্ত্রাবরক ঝিল্লি এতন্মধ্যে না আসিতে পারে, তাহা লক্ষ্য করা কর্ত্তব্য। তৎপর অস্ত্রাবরক ঝিল্লির উভয় অংশ আকর্ষণ করতঃ একত্র সম্মিলিত করিয়া মূলের সমস্ত অংশ সম্পূর্ণরূপে আবৃত করিয়া দিবে। কেহ কেহ অগ্র-পশ্চাৎ দুইটী ফ্ল্যাপ প্রস্তুত করতঃ একটীর উপর অপরটী স্থাপন করিয়া সূচিকা প্রবেশ করাইয়া বন্ধন করেন। সেলাই শেষ হইলে অস্ত্রাবরক ঝিল্লি শুষ্ক এবং পরিষ্কার করিতে হয়।

অস্ত্রোপচার শেষ হইলে অস্থায়ী স্থিতিস্থাপক তারের বন্ধন ছাড়িয়া দিলে যদি শোণিতস্রাব হইতে থাকে, তবে মার্টিনের মতে মূলদেশের মধ্যাংশের অভ্যন্তর পথে দোহারা দৃঢ় রেসম সূত্র প্রবেশ করাইয়া দুই ভাগে বিভক্ত করতঃ দুইটী পৃথক্ পৃথক্ গ্রন্থিদ্বারা বন্ধন করিতে হয়। ইনি পচন সংস্রব সন্দেহ করিলে যোনির ছাদের পশ্চাৎ প্রাচীর অঙ্গুলীর সঞ্চাপে অবনত করিয়া নিম্ন হইতে ঊর্দ্ধাভিমুখে বিভক্ত ও দীর্ঘ ফরসেপসের সাহায্যে যোনিমধ্যে ড্রেনেজটিউব সংস্থাপন এবং যোনিগহ্বর পচন-নিবারক গজ দ্বারা পূর্ণ করিয়া দেন। ৩।৪ দিবস পর এই গজ বহির্গত করিতে হয়।

ব্রডলিগামেণ্ট ও জরায়ুর ধমনী বন্ধন।—কোন কোন চিকিৎসক জরায়ুর গ্রীবার ক্ল্যাম্প প্রয়োগ করার পরিবর্ত্তে ব্রডলিগামেণ্ট বন্ধন করিয়া তৎপর অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করেন।

প্রথমে ব্রডলিগামেণ্ট ধারণ করতঃ নিম্নে যে স্থান দিয়া জরায়ুর ধমনী গমন করিয়াছে, তাহার অল্প উপরে—জরায়ু সন্নিকটে ও নিম্নাংশে এমত স্থান নির্দ্দিষ্ট করিতে হইবে যেন

হথায় স্পন্দনশীল বৃহৎ ধমনী না থাকে। এই নির্দ্দিষ্ট স্থানে সঙ্কাপিত আর্টারী ফর-সেপস্ প্রবেশ করাইয়া ফাঁক করিলে প্রায় এক ইঞ্চ প্রশস্ত রন্ধ্র প্রস্তুত হইবে। এই রন্ধ্র মধ্যে দুই খণ্ড দৃঢ় রেশম সূত্র প্রবেশ করাইয়া একটী বস্তিগহ্বরের প্রাচীরের সন্নিকটে ও অপরটী জরায়ুর সন্নিকটে দৃঢ়রূপে বন্ধন করিলে উভয় গ্রন্থির মধ্যস্থিত ব্যবধান প্রায় এক ইঞ্চ পরিমাণ হয়। গ্রন্থি-বন্ধনের পূর্ব্বে উভয় সূত্র জড়িত হইয়া না থাকে তাহা পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। উভয় গ্রন্থির মধ্যস্থিত বিধান কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করতঃ অপর পার্শ্বেও এইরূপে কর্ত্তন এবং সহকারী বস্তিগহ্বর হইতে অর্ব্বুদ উত্থিত করিয়া ধারণ করিলে জরায়ুর সম্মুখের যে স্থানে অন্ত্রাবরক ঝিল্লি আবদ্ধ—তাহার সমস্তরের অর্দ্ধ ইঞ্চ উপরের অন্ত্রাবরক ঝিল্লি কাঁচি দ্বারা অনুপ্রস্থ ভাবে কর্ত্তন করতঃ ছিন্নাংশের ঝিল্লি নিম্নাভিমুখে স্পঞ্জের সঙ্কাপ দ্বারা বিযুক্ত করিয়া ধমনী বন্ধন করিতে হয়। প্রথমে জরায়ু গ্রীবার পার্শ্ব দিয়া তান্নিম্নে তর্জ্জনী ও অঙ্গুষ্ঠের সঙ্কাপে ধমনীর স্থান নির্দ্দিষ্ট ও নিম্নাংশে সসূত্র স্থূলঅগ্র বক্র সূচিকা প্রবেশ করাইয়া গ্রীবার সন্নিকটে বন্ধন করিবে। গ্রীবা হইতে দূরে বন্ধন করিলে বন্ধন মধ্যে ইউরিটার সন্নিবিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। পার্শ্বস্থিত বিধান কর্ত্তন পূর্ব্বক ধমনীবন্ধন অনুচিত। ধমনীর উর্দ্ধে অধিক বিধান বর্ত্তমান থাকিলে প্রথম বন্ধনের অনুরূপ অপর একটী বন্ধন করিতে হয়। অপর পার্শ্বেও এই প্রণালীতে বন্ধন করিয়া তৎপর অর্ব্বুদ কর্ত্তন করিলে শোণিত স্রাবের আশঙ্কা থাকে না। কিন্তু যদি শোণিত স্রাব হইতে আরম্ভ হয় তবে ক্ল্যাম্প ব্যবহার করাই উচিত।

এই প্রণালীতে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইলে একষ্ট্রা-পেরিটোনিয়াল প্রণালীর ন্যায় পচা পদার্থ বিযুক্ত এবং ক্ষত শুষ্ক হওয়ার প্রতীক্ষা না থাকায় রোগিণীকে ছয় হইতে আট সপ্তাহের পরিবর্ত্তে তিন হইতে চারি সপ্তাহ কাল শয্যাগত থাকিতে হয়। সম্পূর্ণ সুস্থতা লাভের পক্ষে উভয় প্রণালীতেই সম সময় আবশ্যক করে। উপসর্গাদিও প্রায় একই প্রকৃতির। প্রথম অস্ত্রোপচারীর পক্ষে একষ্ট্রা-পেরিটোনিয়াল হিষ্টেরেক্টমী অস্ত্রোপচার করাই সহজসাধ্য।

এবডোমিন্যাল প্যান হিষ্টেরেকটমী (Abdominal Pan Hysterectomy)।—জরায়ুর শোণিতবাহিকা সমূহ বন্ধন, ব্রডলিগেমেন্ট

বন্ধন ও কর্ত্তন পূর্ব্বক সম্পূর্ণ জরায়ু উচ্ছেদ করা হয়। পূর্ব্ববর্ণিত অস্ত্রোপচারদ্বয়ে জরায়ুগ্রীবার কিয়দংশ রক্ষা করিয়া অবশিষ্ট সমস্ত অংশ উচ্ছেদ করা হইয়া থাকে। সুতরাং এই শেষোক্ত অস্ত্রোপচারই হিষ্টেরেক্‌টমী নামের উপযুক্ত।

পূর্ব্ববর্ণিত প্রণালীতে জরায়ুর ধমনী বন্ধন করিতে হয়। কেবল বিভিন্নতা এই যে, গ্রীবার অত্যন্ত সন্নিকটে শোণিতবাহিকা বন্ধন না করিয়া অল্প ব্যবধানে বন্ধন করা হইয়া থাকে। বন্ধনী তিন অংশে বন্ধন করিতে হইলে সর্ব্ব নিম্নে দুইটী বন্ধনের স্থান সঙ্কুলন না হওয়ায় বহির্দ্দিকে কেবল মাত্র একটী গিরা দেওয়া হয়। শোণিতবাহিকা বন্ধনের পর সমগ্র জরায়ু কর্ত্তন ও দুরীভূত করতঃ যে যে স্থান হইতে শোণিত স্রাব হইতে থাকে, তাহা বন্ধন করা আবশ্যক। চারিটী সেলাই (একটী সম্মুখে, একটী পশ্চাতে এবং দুইটী দুই পার্শ্বে) দ্বারা অন্ত্রাবরক ঝিল্লি সহ যোনিব ছাদ বন্ধন করিবে। পরিশেষে উক্ত চারি সেলাইয়ের সূত্র একত্র ও গ্রন্থি প্রদান পূর্ব্বক যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইয়া রাখিবে। পচনোৎপাদক পদার্থ প্রবেশের আশঙ্কা নিবারণ জন্য যোনিগহ্বর পচননিবারক গজ দ্বারা পরিপূর্ণ করিয়া দেওয়া আবশ্যক।

সিলিও ভেজাইন্যাল প্যান হিষ্টেরেক্‌টমী।—যোনি মধ্য দিয়া জরায়ুর সম্মুখে এবং পশ্চাতে অন্ত্রাবরক ঝিল্লি গহ্বর উন্মুক্ত করতঃ জরায়ুর ধমনী বন্ধন করিয়া যথারীতি উদরপ্রাচীর কর্ত্তন, ও ব্রডলিগেমেণ্ট বন্ধন পূর্ব্বক অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা হয়। পরিশেষে অন্ত্রাবরক ঝিল্লি ক্রমিক সেলাই ও আইওডোফরম গজ দ্বারা যোনি-গহ্বর পূর্ণ করার পর উদর প্রাচীরের কর্ত্তন সেলাই দ্বারা বন্ধ করা হয়। এ মার্টিন এই প্রণালীর প্রবর্ত্তক। অনেক চিকিৎসক এই প্রণালী বিস্তর পরিবর্ত্তিত করিয়াছেন। ইহার পরবর্ত্তী চিকিৎসা ওভেরিওটমী অস্ত্রোপচারের অনুরূপ।

ইনিউক্লিয়েশন (Enucleation)।—অর্ব্বুদের আবরক কোষ কর্ত্তন করতঃ তন্মধ্য হইতে অর্ব্বুদ বিধান বহির্গত করিয়া পুনর্ব্বার সেলাই দ্বারা কোষ বন্ধ করিয়া অস্ত্রোপচার সম্পাদন করার নাম ইনিউ-ক্লিয়েশন অস্ত্রোপচার। যোনি মধ্যে কিম্বা উদরপ্রাচীর কর্ত্তন করিয়া জরায়ুপ্রাচীরের অভ্যন্তরের অর্ব্বুদে এই অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইতে পারে। ভ্রূণ মস্তকের অনুরূপ বৃহৎ অর্ব্বুদ হইলেও এই প্রণালী অবলম্বন করা উচিত।

মোরসিলিমেণ্ট (Morcellement) অর্থাৎ আবরক কোষ কর্ত্তন করতঃ তন্মধ্যস্থিত বিধান খণ্ডে খণ্ডে কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করা। সাধারণতঃ জরায়ুগহ্বরস্থিত অর্ব্বুদ কর্ত্তন জন্য এই প্রণালী অবলম্বিত হয়।

যোনিপথে জরায়ু উচ্ছেদ অস্ত্রোপচার প্রণালীর অনুরূপে রোগিণীকে পূর্ব্ব হইতে প্রস্তুত অর্থাৎ যোনিগহ্বর পচননিবারক জল দ্বারা ধৌত ও আইডোফরমগজ দ্বারা পরিপূর্ণ এবং জরায়ুর গ্রীবা প্রসারিত করিতে হয়। আবশ্যক হইলে জরায়ুর ধমনী বন্ধন এবং জরায়ু-গ্রীবা বিভক্ত করিতে হয়।

যোনিপথে জরায়ুর ধমনী বন্ধন।—জরায়ুগ্রীবার সংযোগ স্থলে গভীর কর্ত্তন,গ্রীবার সহিত যোনির সহিত সংযোগ বিযুক্ত,কিম্বা গ্রীবার অবস্থা উত্তমরূপে অঙ্গুলী সঞ্চালনদ্বারা পর্য্যবেক্ষণ জন্য কর্ত্তন করিতে হইলে প্রথমে জরায়ুর ধমনী বন্ধনকরতঃ অস্ত্রো-পচার সম্পাদনই নিরাপদ। রোগিণীকে উত্তানভাবে শয়ান ও পরস্পর উপরাভিমুখে লইয়া রিট্রাক্টার দ্বারা যোনি প্রসারিত ও সিমসের স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া জরায়ুগ্রীবায় হুক বিদ্ধ করতঃ আকর্ষণ ও নিম্নে আনয়ন এবং সহকারী দ্বারা এক পার্শ্বে স্থানান্তরিত করিয়া রাখিবে। এক পার্শ্বের ধমনীস্পন্দন অনুভব ও বিশেষ বক্র রেশম সূত্র সজ্জিত সূচিকা জরায়ুর পার্শ্ব হইতে এক ইঞ্চ ব্যবধানে বিদ্ধ, সমস্ত বিধান ভেদ ও ধমনী পরিবেষ্টিত করতঃ যে স্থানে প্রবিষ্ট করান হইয়াছিল তাহার পশ্চাদ্দিকে এবং যতদূর সম্ভব সন্নিকটে বহির্গত করিয়া বন্ধন করিবে। এই কার্য্যের সময়ে ইউরিটার বিদ্ধ না হয় তদ্বিষয়ে লক্ষ্য রাখিবে।

দৃঢ় ভলসেলা দ্বারা অর্ব্বুদ বিদ্ধ ও নিম্নাভিমুখে আনিয়া তাহার আবরক কোষ কাঁচি বা ছুরি কিম্বা অন্য অস্ত্র দ্বারা কর্ত্তন করিয়া নখ, স্প্যাচুলা বা ইনিউক্লিয়েটার দ্বারা অর্ব্বুদ বিধান বহির্গত করিবে। আবশ্যক হইলে পলিপস কর্ত্তনের নিয়মে খণ্ড খণ্ড করিয়া বহির্গত করা যাইতে পারে। অর্ব্বুদের সমস্ত অংশ বহির্গত হইলে কোষ গহ্বর উষ্ণ পচননিবারক জল দ্বারা ধৌত এবং অবশিষ্ট সমস্ত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি একত্র সংস্থাপিত করতঃ আইওডোফরমগজ দ্বারা গহ্বর পরিপূর্ণ করিয়া জরায়ু সঙ্কোচন জন্য অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে আর্গটিন প্রয়োগ করিবে।

এই অস্ত্রোপচারে অত্যন্ত শোণিতস্রাব, জরায়ুপ্রাচীর বিদারণ, জরায়ু উল্টান, শিরামধ্যে শোণিতসংযত, পেরিটোনাইটিস এবং শোণিতের দূষিতাবস্থা উপস্থিত হইতে পারে।

মাইওমেক্টমী (Myomectomy)।—বৃন্তবিশিষ্ট সৌত্রিক অর্ব্বুদ উচ্ছেদ অস্ত্রোপচারই এই নামে উক্ত হইয়া থাকে। বৃন্তের স্থান অস্থায়ী স্থিতিস্থাপক তার বা সেবনিউড দ্বারা বন্ধন, অর্ব্বুদ উচ্ছেদ এবং মূলদেশ বন্ধন করিয়া অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হয়।

অস্ত্রোপচারের পরবর্ত্তী ঔদরিক অন্ত্রবৃদ্ধি (Post-operative Hernia)।—উদরপ্রাচীর কর্ত্তন পূর্ব্বক অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হওয়ার পর কর্ত্তিত স্থান দুর্ব্বল হইলে ঔদরিক অন্ত্রবৃদ্ধি হওয়ার সম্ভাবনা। এইরূপ অন্ত্র বৃদ্ধি কয়েক মাস বা কয়েক বৎসর পরেও হইতে পারে। অস্ত্রোপচারের চার বৎসর পরেও ঐরূপ অন্ত্রবৃদ্ধি হইতে দেখা গিয়াছে। অন্ত্রবৃদ্ধির প্রতিবিধান জন্য উদরপ্রাচীর ভিন্ন ভিন্নরূপে সেলাই করিয়াও কোন সুফল লাভ করা যায় নাই। কর্ত্তিত স্থানের ক্ষত শুষ্কের বিধান ক্রমে ক্ষয় হইয়া ক্ষীণ হওয়াতেই এইরূপ অন্ত্র বৃদ্ধি হইয়া থাকে।

এইরূপ হইলে চন্দ্রকলাকৃতিতে অনুপ্রস্থভাবে ২—৩ ইঞ্চ দীর্ঘ সুস্থ প্রদেশ ঊর্দ্ধাভিমুখে কর্ত্তন করতঃ ত্বক্, ত্বক নিম্নস্থিত বিধান এবং ঝিল্লি বিভক্ত ও মধ্য রেখার ত্বক্ ও তন্নিম্নস্থিত বিধান হইতে পৃথক্ করিয়া ফ্ল্যাপ প্রস্তুত করতঃ ঊর্দ্ধদিকে অস্থায়ী সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিয়া রাখিবে। তৎপর অনুলম্বভাবে অপর একটী ১—২ ইঞ্চ দীর্ঘ কর্ত্তন দ্বারা

ঝিল্লি, রেক্টাস পেশী এবং অন্ত্রাবরক ঝিল্লি বিজড়িত করিবে। পরিশেষে তিন স্তর সেলাই দ্বারা কর্ত্তিত ক্ষত সম্মিলিত করিয়া এরূপভাবে সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিবে যে, ক্ষত শুষ্কের চিহ্ন ক্ষুদ্র হইতে পারে। চতুর্থ হইতে অষ্টম দিবসের মধ্যে এই সূত্র কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করা উচিত। যথোপযুক্ত চিকিৎসায় ক্ষত শুষ্ক হইলেই আর ঔদরিক অন্ত্রবৃদ্ধির আশঙ্কা থাকে না।

জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ উচ্ছেদ উদ্দেশ্যে যে কয়েকটী অস্ত্রোপচার বর্ণিত হইল, ঐ কয়েকটীর সংমিশ্রণে আরও ভিন্ন ভিন্ন প্রণালীতে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইয়া থাকে। এক এক অস্ত্রোপচারক এক এক প্রণালীতে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত করেন। এতদ্দেশে এখনও ঐ সমস্ত অস্ত্রোপচার প্রচলিত হয় নাই। সুতরাং তৎসম্বন্ধে সুবিধা, অসুবিধা এবং পরিমাণফল আলোচনা করা নিষ্প্রয়োজন। তবে এইমাত্র বলা যাইতে পারে যে, ঐ সমস্তের মধ্যে একষ্ট্রাপেরিটোনিয়াল হিষ্টেরেক্টমী অস্ত্রোপচার সহজ এবং তাহার পরিণাম ফলও অপেক্ষাকৃত উৎকৃষ্ট।

১। সুনিপুণ হস্তে অল্প সময়ে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইলে,

২। আবদ্ধাবস্থা বিযুক্ত করার সময় অন্ত্রাদি আহত না হইলে,

৩। শোণিতস্রাব অল্প, বা না হইলে,

৪। অস্ত্রোপচারের যন্ত্রণায় রোগিণী অবসন্না না হইলে,

৫। মূত্রাশয় ও ইউরিটার আহত না হইলে, এবং

৬। বিশেষরূপে পচননিবারক প্রণালী অবলম্বন করিলে

অস্ত্রোপচারের পরিণাম ফল উৎকৃষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। সুতরাং ইহাই লক্ষ্য করিয়া অস্ত্রোপচার করা উচিত।

বিশেষ বিবেচনা পূর্ব্বক সতর্ক হইয়া অস্ত্রোপচার করিলে তাহার পরিণাম ফল শুভ হওয়ার সম্ভাবনা। এবং ঐরূপ উৎকৃষ্ট ফল প্রকাশের পরিণাম—এতদ্দেশে অস্ত্রোপচারের সংখ্যা উত্তরোত্তর অধিক হইবে। এমত আশা করা সম্ভবপর।

দ্বাবিংশ অধ্যায়।

জরায়ুর মারাত্মক পীড়া।

(Malignant disease of the uterus.)

জরায়ুর টিউবারকিউলোসিস।

(Tuberculosis of the uterus)

জরায়ুর ফণ্ডস এবং গ্রীবায় টিউবারকেল সঞ্চিত, পনীরবৎ অবস্থায় পরিণত এবং তজ্জন্য আভ্যন্তরিক ঝিল্লি প্রদাহিত হইলেও অনেক সময়ে সাধারণ পুরাতন প্রদাহের লক্ষণ ব্যতীত এমন কোনও নির্দ্দিষ্ট বিশেষ লক্ষণ উপস্থিত হয় না যে, তদ্দ্বারা টিউবারকিউলোসিস স্থিরীকৃত হইতে পারে। দেহের অন্য স্থানে টিউবারকেলের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে জরায়ুর উক্তাবস্থাও টিউবারকেল কারণ সম্ভূত, তাহা অনুমান করা সহজ। কিন্তু অন্য কোন স্থানে টিউবারকেল সঞ্চিত হয় নাই, কেবলমাত্র জরায়ুতে টিউবারকেল হইয়াছে, তাহা অনুমান করা অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। মিলিয়ারী টিউবারকেল সঞ্চিত হওয়ার সাধারণ লক্ষণ ও পনীরবৎ পদার্থ মিশ্রিত স্রাব হইতে থাকিলে বিলক্ষণ সন্দেহ হইতে পারে। জননেন্দ্রিয় সংশ্লিষ্ট যন্ত্রের মধ্যে অণ্ডবহা নলেই অধিক সংখ্যক টিউবারকেল সঞ্চিত হয়। ২০ হইতে ৩০ বৎসর বয়স ঐরূপ টিউবারকেল সঞ্চয়ের সময়।

প্রথমে জরায়ুর আভ্যন্তরিক ঝিল্লিতে টিউবারকেল সঞ্চিত হইয়া পরম্পরিত ভাবে অণ্ডবহানল ইত্যাদি আক্রান্ত এবং ইহারই পরিণাম ফল যুবতীদিগের অন্তাবরক ঝিল্লির টিউবারকেল জনিত প্রদাহ।

জরায়ুতে তিন শ্রেণীর টিউবারকেল দৃষ্ট হয়।

তরুণ মিলিয়ারী টিউবারকেল—ইহা ব্যাপক পীড়ার স্থানিক ফল মাত্র।

ইণ্টারষ্টিসিয়াল টিউবারকেল।—আকস্মিক ঘটনায় সংক্রামিত হইয়া পুরাতন প্রকৃতি ধারণ করে। অনেক স্থলে প্রসব সময়ে সংক্রামিত হয়।

ক্ষতোৎপাদক।—এই শ্রেণীর পীড়াই অনেক সময় উপস্থিত হয়। কিন্তু প্রথমাবস্থায় রোগ নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। আভ্যন্তরিক শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির পুরাতন প্রদাহের সকল লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। অভ্যন্তরের স্থানে স্থানে গুটিকাবৎ নবজাত গঠন উৎপন্ন এবং তন্মধ্যে টিউবারকেল সঞ্চিত থাকে। ক্রমে সন্নিকটস্থিত জরায়ুগঠন আক্রান্ত, পনীরবৎ অপকৃষ্টতায় পরিণত, গহ্বর ও গ্রীবা পরিপূর্ণ এবং পরিশেষে সঞ্চিত পদার্থসহ জরায়ু বিধান বিগলিত হইতে আরম্ভ হইলে বিশেষ প্রকৃতির পচা ছানা ছানা শুভ্রবর্ণ শ্লেষ্মা পূযমিশ্রিত স্রাব নিঃসৃত হইতে থাকে। আণবীক্ষণিক পরীক্ষায় এতন্মধ্যে টিউবারকিউলার ব্যাসিলাস প্রাপ্ত হওয়ার সম্ভাবনা এবং রোগ নির্ণয়ের ইহাই একমাত্র উপায়। রোগ নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন জন্যই অধিকাংশ স্থলে অন্য পীড়ার মধ্যে পরিগণিত হইয়া থাকে। কার্য্যতায় আমরা মনে করি, ঐরূপ পীড়ার সংখ্যা অত্যল্প। জরায়ুগহ্বরের বিধান চাঁছিয়া বহির্গত করতঃ আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা করা আবশ্যক।

টিউবারকেল পীড়াগ্রস্ত পুরুষের সহিত সঙ্গম এবং প্রবেশিত যন্ত্র বা হস্তাদি দ্বারা পীড়া সংক্রামিত হয়।

পূয়াদি স্রাব, শোণিতস্রাব, শরীর ক্ষয়, বিবর্ণ, জরায়ু বিবৃদ্ধিত ও তদ্‌গহ্বর প্রসারিত এবং আক্রান্ত স্থান বন্ধুর ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হইয়া পরিণামে মৃত্যু হয়। এই জন্য ইহা মারাত্মক পীড়া শ্রেণীর অন্তর্গত করিয়া বর্ণনা করা হইল। অনেক সময়ে ক্যানসারের সহিত ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা।

স্থানিক পীড়ার প্রারম্ভে রোগ নির্ণীত হইলে এবং জরায়ু ও তৎসংলগ্ন বিধান উচ্ছেদ করিলে উপকার হইতে পারে। কিন্তু পীড়া বিস্তৃত হইয়া পড়িলে তদ্রূপ অস্ত্রোপচারে কোন ফল হয় না। কেবল উপস্থিত লক্ষণ উপশম জন্য ঔষধ প্রয়োগ করা ভিন্ন আরোগ্যকারী চিকিৎসা নাই।

ত্রয়োবিংশ অধ্যায়

জরায়ুর মারাত্মক পীড়া।

ডেসিডিউমা ম্যালিগ্‌নাম।

(Deciduoma Malignum.)

গর্ভস্রাবান্তে বা প্রসবান্তে ফুলের এক প্রকার বিশেষ মারাত্মক পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়; সারকোমার গঠনের সহিত ইহার বিশেষ সাদৃশ্য বর্ত্তমান থাকে। অনেকের মতে ডেসিডিউমা ম্যালিগ্‌নাম অর্থ—অন্তঃসত্ত্বাবস্থায় সারকোমার উৎপত্তি অথবা গর্ভসঞ্চারের পূর্ব্বে সারকোমা এত স্বাভাবিক অবস্থায় ছিল যে, আভ্যন্তরিক ঝিল্লি অনাক্রান্ত থাকায় গর্ভসঞ্চার হই-

য়াছে; তৎপর গর্ভস্রাবকালে বা প্রসবান্তে অস্বাভাবিক শোণিতস্রাব হইতে আরম্ভ হইলে, জরায়ুগহ্বর পরীক্ষা করায় তন্মধ্যে বিকৃত গঠন এবং ঐ গঠন আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় তাহা ফুলের অংশবৎ প্রতীয়মান হয়। যে স্থান হইতে ঐ ফুলের অংশ বহির্গত করা হয়, অনতিবিলম্বেই সেই স্থান পুনর্ব্বার ঐ প্রকৃতির বিধান দ্বারা পরিপূর্ণ এবং পুনঃ পুনঃ শোণিতস্রাব হইতে থাকে। উক্ত গঠন পরম্পরিত ভাবে বিস্তৃত এবং অল্প সময় মধ্যে রোগিণীর মৃত্যু হয়।

সাধারণ সারকোমা হইতে ইহার বিভিন্নতা এই যে, (১) যুবতীগণ আক্রান্তা হয়। (২) অতি দ্রুত বর্দ্ধিত হয়। (৩) গর্ভ-সঞ্চারসহ সংশ্লিষ্ট।

লক্ষণ। গর্ভস্রাব বা প্রসবান্তে মধ্যে মধ্যে অত্যধিক শোণিতস্রাব, অপেক্ষাকৃত অধিক সময় শোণিতস্রাবের স্থায়িত্ব, কখন কখন স্রাবসহ হাইডেটিড মোল স্রাব, স্রাবে দুর্গন্ধ, শোণিত স্রাবান্তে দুর্গন্ধযুক্ত অপরিস্কার বর্ণ বিশিষ্ট জলবৎ স্রাব, শরীরের বিবর্ণত্ব, শরীর ক্ষয়, রক্তাল্পতা, এবং জরায়ুর ক্রমিক বৃদ্ধি হয়। জরায়ু বিযুক্ত বা প্রদাহ জনিত আবদ্ধাবস্থায় থাকিতে পারে। সন্নিকটবর্ত্তী বিধান আক্রান্ত হইলে তন্মধ্যে গুঁটী গুঁটী অনুভব, গ্রীবামুখ উন্মুক্ত বা অবরুদ্ধ থাকিতে পারে। জরায়ুগ্রীবা প্রসারিত করিয়া তন্মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইলে কোমল উদ্ভিদাঙ্কুর কিম্বা সংযত শোণিত চাপবৎ পদার্থ অনুভূত হইতে পারে।

নির্ণয়। ইতিবৃত্ত পর্য্যালোচনা এবং লক্ষণ-সমূহ মিল করিয়া রোগ নির্ণয় করিবে।

চিকিৎসা। রোগ নিশ্চিত হইলে, অনতিবিলম্বে হিষ্টেরেক্টমী অস্ত্রোপচার দ্বারা জরায়ু ও তৎসংলগ্ন গঠন সমূহ দূরীভূত করাই একমাত্র চিকিৎসা।

চতুর্ব্বিংশ অধ্যায়

জরায়ুর মারাত্মক পীড়া।

জরায়ুর কর্কট রোগ।

(Cancer of the Uterus ক্যানসার অফদি ইউটিরাস।)

জরায়ুর মারাত্মক পীড়ার মধ্যে কর্কট রোগ প্রধান। এই মারাত্মক অভিনব বর্দ্ধনের অব্যাহত গতিতে আক্রমণ, পীড়িত বিধান উচ্ছেদ করার পর পুনরাবির্ভাব এবং সমস্ত শরীর দূষিত করার শক্তি অত্যন্ত প্রবল। জরায়ুর কর্কট পীড়া বৈধানিক প্রকৃতি অনুসারে ভিন্ন ভিন্ন শ্রেণীতে বিভক্ত। কিন্তু তদ্বিস্তারিত বিবরণ বর্ণনার পক্ষে পীড়িত বৈধানিক তত্ত্বগ্রন্থ যত দূর প্রশস্ত, এইরূপ স্ত্রীরোগ চিকিৎসা গ্রন্থ তদ্রূপ নহে। তজ্জন্য বাহুল্য বোধে ক্যানসার পীড়ার বৈধানিক তত্ত্ব বর্ণনায় বিরত হইলাম। পরন্তু পীড়ার পরিণাম জ্ঞাতার্থে ক্যানসারের বিভিন্ন শ্রেণীর বৈধানিক বিশেষত্ব অবগত হওয়া আবশ্যক বিধায় উপযুক্ত স্থলে সংক্ষেপে দুই এক কথা উল্লিখিত হইবে।

ভদ্রলোক অপেক্ষা ইতর লোকের এবং কৃষ্ণবর্ণ জাতি অপেক্ষা শুভ্রবর্ণ জাতির জরায়ুর ক্যানসার অধিক হওয়ার বিষয় লিখিত দেখা যায়; কিন্তু বঙ্গদেশে ভদ্রবংশসম্ভূতা স্ত্রীলোকের মধ্যে ক্যানসার পীড়া যথেষ্ট পরিলক্ষিত হইয়া থাকে। সুতরাং উক্ত সিদ্ধান্ত কত দূর সত্য, তাহা প্রমাণ সাপেক্ষ। এক প্রকার আণুবীক্ষণিক রোগ জীবাণু—

ক্যানসার ব্যাসিলাস (প্রোটোজোন Protozoon) হইতে ক্যানসারের উৎপত্তি হয়, কিন্তু এই সিদ্ধান্ত বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত সপ্রমাণিত হয় নাই। ক্যানসার ব্যাসিলাস হইতে পীড়ার উৎপত্তি হইলে টীকা দ্বারাও ইহা উৎপাদিত হইতে পারে। আরম্ভেই সার্ব্বাঙ্গিক, কিম্বা প্রথমে স্থানিক পীড়া রূপে ক্যানসার পীড়ার উৎপত্তি হইলে তৎপর সর্ব্বাঙ্গে পরিব্যাপ্ত হয় কি না, তাহা সন্দেহের বিষয়। গ্রীবার এবং দেহের—এই দুই ভাগে জরায়ুর কর্কট পীড়া বর্ণিত হয়।

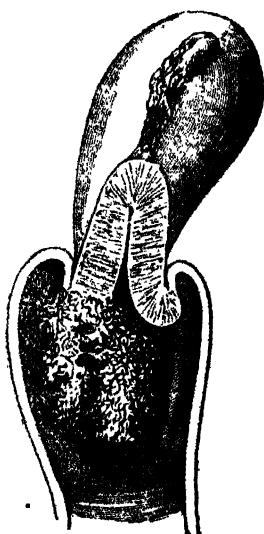
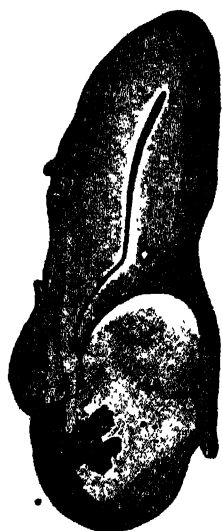
জরায়ুর গ্রীবার ক্যানসার।

(ক্যানসার অফ্ দি সারভিক্স Cancer of the Cervix.)

নিদান তত্ত্ব।—জরায়ুর দেহের তুলনায় গ্রীবার ক্যানসারের সংখ্যা অত্যধিক। অধিক বয়সে এই পীড়া হইলেও কখন কখন ২০—২৫ বৎসরবয়স্কা স্ত্রীলোকের ক্যানসার হইতে দেখা যায়। ৪০ হইতে ৫০ বৎসর বয়সের মধ্যেই অধিক হয়। তৎপরে ক্রমে সংখ্যা হ্রাস হইতে থাকে। বন্ধ্যা স্ত্রীলোক অপেক্ষা যে সব স্ত্রীলোকের অধিক সন্তান হয়, তাহাদিগের গ্রীবার ক্যানসার অধিক হইয়া থাকে। অনেকের মতে পুনঃ পুনঃ প্রসব জন্য গ্রীবার ছিন্নবিচ্ছিন্নতাই ঐরূপ সংখ্যাধিক্যের পূর্ব্ববর্ত্তী কারণ, কিন্তু এতৎ সম্বন্ধে বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত কোন স্থির মীমাংসা হয় নাই।

ক্যানসার কৌলিক পীড়া কি না, তাহাও সন্দেহের বিষয়। শতকরা ৮—১০ জনের কৌলিক ইতিবৃত্ত বর্ত্তমান থাকিলেও তাহা প্রমাণ স্বরূপ গ্রহণ করা যাইতে পারে না। গ্রীবার বিভিন্ন প্রকৃতির পুরাতন প্রদাহ এবং ক্ষত হইতে অনেক সময়ে ক্যানসারের উৎপত্তি হয়।

শ্রেণী বিভাগ।—জরায়ু গ্রীবায় নিম্নলিখিত কয়েক শ্রেণীর ক্যানসার হইতে দেখা যায়।

১। ফুলকপীর আকৃতি (কলিফ্লাওয়ার এক্সক্রিসেন্স) (Cauliflower excrescences)। ইহারই নামান্তর প্যাপিলারী, গ্রীবার যোনি অংশের বাহ্যস্তরের ক্যানক্রইড; (Cancroid) ভেজিটেটিং শ্রেণী।—শল্কবৎ বিধান হইতে উৎপন্ন হইয়া দানা দানা ভাবে প্রকাশিত হয়। ক্রমে দানার সংখ্যা অধিক হইলে স্থূল ও চেপ্টা দেখায়। যোনি অভিমুখে বিস্তৃত হইতে থাকে। এতদ্দ্বারা এক কিম্বা উভয় ওষ্ঠই আক্রান্ত হইতে দেখা যায়। যোনির ছাদের উর্দ্ধাংশে হইলে ফুলকপীর অনুরূপ আকৃতি ধারণ করে। এই সময়ে গ্রীবা-

১৪০তম চিত্র। জরায়ু গ্রীবার ফুলকপীবৎ ক্যানসার।

১৪১তম চিত্র। জরায়ু গ্রীবার পশ্চাৎ প্রাচীরে ক্ষতোৎপন্ন ক্যানসার।

মুখ স্থির করা অত্যন্ত কঠিন হয়। যোনিস্থিত গ্রাবা বর্দ্ধিত ও ফুলকপীর অনুরূপ অংশ বিস্তৃত হইয়া ছত্রক (Mushroomshaped

মসরুমাকৃতি) আকৃতি ধারণ করিতে পারে। এই শ্রেণীর পীড়া সমাকৃতিতে—দীর্ঘকাল একই ভাবে সামান্য ক্ষতাবস্থায় থাকিতে এবং মারাত্মক পীড়ার সন্দেহ না হইতে পারে; কিন্তু অধিকাংশ স্থলে সত্বরেই বিস্তৃত হইয়া প্রবল লক্ষণ সমূহ উপস্থিত করে। পশ্চাৎ-কুল-ডি-স্যাক পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইলে বাহ্য এবং গভীর স্তর উভয়ই আক্রান্ত হওয়ার সম্ভাবনা। কিন্তু গ্রীবার অভ্যন্তর মুখ মধ্যে কদাচিৎ প্রবিষ্ট হয়।

২। বিদ্ধকারী—নামান্তর—এক্সাভেটিং (Excavating), পারফোরেটিং (Perforating), কণিক্যাল অলসার (Conical ulcer), এবং গ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ক্যানসার।—এই শ্রেণীর ক্যানসার গ্রীবার বাহ্য মুখের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে ক্ষুদ্র গভীর ক্ষতরূপে প্রকাশ পায়। মুখের অভ্যন্তরেও উৎপন্ন হইতে পারে। প্রথমে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বা তন্নিম্নস্থিত বিধানে অভিনব গঠন উৎপন্ন হইয়া তৎপর ক্রমে ক্রমে উক্ত ক্ষত গভীর স্তরে প্রবেশ করায় ক্ষত গভীর ও বিস্তৃত হইতে থাকে। কখন কখন গ্রীবার অভ্যন্তরের সমস্ত অংশ ক্ষয় হইয়া যায়। এইরূপে গ্রীবা ক্ষয়িত হইলে কর্কট রোগ জনিত চুচুক নিমগ্নের অনুরূপ আকৃতি ধারণ করে। এতদ্দ্বারা সত্বরেই জরায়ুদেহ আক্রান্ত হইতে পারে। যোনির অভিমুখে বিস্তৃত হইতে থাকিলে যোনিস্থিত গ্রীবাংশ সম্পূর্ণ রূপে বিনষ্ট হইতে পারে। এই প্রকৃতির ক্যানসার সকল দিকেই বিস্তৃত হইতে পারে। অঙ্গুলীতে কঠিন পার্শ্ব বিশিষ্ট বিষম আকৃতির গভীর ক্ষত অনুভূত হয়।

৩। গুটিকাবৎ (নডুলার Nodular)। ইহা প্যারাক্কাই-মেটাস্, কার্সিনোমা অফ্ দি সারভিক্স, ক্যানক্রারাস্ নডুল, সারকমস্ক্রাইবড, এবং ইনফিলট্রেটিং ক্যানসার নামেও অভিহিত হয়। গ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অভ্যন্তরে ক্ষুদ্র কঠিন গুটিকা

রূপে আরম্ভ হইয়া ক্রমে আয়তনে বৃহৎ হইতে থাকে। অঙ্গুলী দ্বারা সঞ্চাপিত করিলে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অভ্যন্তরে ক্ষুদ্র ছিটাগুলীবৎ পদার্থ নিহিত আছে, এমত বোধ হয়। এই গুটিকা ক্রমে গ্রীবার অভ্যন্তরাভি-মুখে কিম্বা বাহ্য মুখের সন্নিকটে ক্রমে উচ্চ হইয়া উঠে। এই সময়ে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে ক্ষতোৎপন্ন হইলে ক্ষত বিস্তৃত এবং আক্রান্ত স্থান বিনষ্ট হইতে থাকে। সাধারণতঃ ক্ষতোৎপন্ন হইতে বিলম্ব এবং তজ্জন্য রোগ অনিশ্চিত ভাবে থাকে। পীড়ার প্রকৃতি ধীর হইলেও সমস্ত জরায়ু এবং তৎসন্নিকটবর্ত্তী গঠন সত্বরে আক্রান্ত হইতে দেখা যায়।

৪। লিমিনারী (Leminary) বা যোনির কর্কট রোগ।—এই শ্রেণীর পীড়া অতি বিরল। পশ্চাৎ কুল-ডি স্যাকে পীড়া আরম্ভ হইয়া ক্রমে বিস্তৃত হইতে থাকে। বিস্তৃত ক্ষত হয়। ক্রমে ক্রমে গ্রীবা ইত্যাদি সমস্তই আক্রান্ত হয়।

বিস্তৃতি—গ্রীবার ক্যানসার নিম্নাভিমুখে—যোনিপ্রাচীরে, বাহ্যা-ভিমুখে—গ্রীবার চতুষ্পার্শ্বস্থিত বিধান, ব্রড লিগামেণ্ট ও ইউটিরো-সেক্রাল লিগামেণ্ট এবং ঊর্দ্ধাভিমুখে—গ্রীবারন্ধ্র-পথে—জরায়ুর দেহে বিস্তৃত হয়। সাধারণতঃ যোনি অভিমুখে অধিক এবং দেহে অল্পসংখ্যায় বিস্তৃত হইয়া থাকে। চতুষ্পার্শ্বস্থিত বিধানও যথেষ্ট আক্রান্ত হয়। পীড়া অধিক বিস্তৃত হইলে সঞ্চাপিত এবং ক্যানসার বিধান সঞ্চিত হওয়ায় ইউরিটার-স্থূল হয়, এবং তন্মধ্যে মূত্র সঞ্চিত হইতে পারে।

অত্যন্ত অধিক বিস্তৃত হইলে সম্মুখদিকে মূত্রাশয়ের প্রাচীরে এবং পশ্চাদ্দিকে সরলান্ত্রের প্রাচীরে ক্ষত এবং পরিশেষে রন্ধ্র হইয়া নালী দ্বারা তিনটী গহ্বর পরস্পর সম্মিলিত হয়। কদাচিৎ অন্ত্রাবরক ঝিল্লিতেও রন্ধ্র হইয়া থাকে। রসবাহিকায় ক্ষত হওয়া আরও বিরল ঘটনা।

যোনি মধ্যে লিমিনারী এবং প্যাপিলারীশ্রেণী ও যোনি হইতে যোনিদ্বার পর্য্যন্ত ইপিথিলিওমা এবং জরায়ুর দেহে নডুলার ও পার-

কোরেটিং ক্যানসার অধিক বিস্তৃত হয়। দেহের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে প্যাপিলারী শ্রেণীর ক্যানসারও অধিক বিস্তৃত হইতে দেখা যায়। কখন কখন সুস্থ এবং পীড়িত বিধানের মধ্যস্থলে সীমানির্দ্দেশক বিয়োজক রেখা সুস্পষ্ট বর্ত্তমান থাকে

ক্যানসার আক্রান্ত ব্রডলিগামেণ্ট স্থূল এবং অপেক্ষাকৃত ক্ষুদ্র, তাহার প্রসারণশক্তি বিনষ্ট হয়। পরন্তু সায়েটিক স্নায়ু মূল, বস্তিগহ্বর স্থিত অন্যান্য স্নায়ু এবং শোণিতবাহিকা আক্রান্ত হওয়ায় অসহ্য বেদনা ও শোথ হয়।

শেষাবস্থায় পরম্পরিতভাবে মূত্রগ্রন্থি এবং হৃৎপিণ্ড আক্রান্ত হইয়া থাকে। প্রায়ই যকৃতের মেদাপকৃষ্টতা উপস্থিত হইতে দেখা যায়। ইলিয়াক, ইঙ্গুইন্যাল ও প্রিভার্টিব্র্যালগ্রন্থি পীড়িত হইতে দেখা যায়। কখন কখন বাম সুপ্রাক্ল্যাভিকিউলারগ্রন্থিও আক্রান্ত হয়—থোরাসিক ডক্ট পথে দূষিত লসীকা পরিচালিত হওয়ার জন্যই এই শেষোক্ত গ্রন্থি আক্রান্ত হয়। পরম্পরিতভাবে ফুস্‌ফুস্‌ ও পাকস্থলী প্রভৃতিও আক্রান্ত হইতে পারে। কিন্তু তদ্রূপ ঘটনা অতি বিরল।

লক্ষণ।—জরায়ু-গ্রীবার কর্কট রোগের প্রধান লক্ষণ—

বেদনা (Pain)

শোণিতস্রাব (Hæmorrhage)

দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব (Fœtid discharge)

ব্যাপক বিবর্ণত্ব (General cachexia)

এই কয়েকটী লক্ষণ সর্ব্বত্রই যে সমভাবে প্রকাশিত হয়, তাহা নহে। অনেক সময়ে ক্যানসার পীড়ার উৎপত্তি হওয়ার পর বহুদিবস অতীত না হইলে প্রকৃত লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হয় না। যখন সমস্ত লক্ষণ সুস্পষ্ট উপস্থিত হয় তখন রোগিণীর চিকিৎসার সময় থাকে না। কোন কোন স্থলে জরায়ুর গ্রীবা হইতে দেহ পর্য্যন্ত পীড়া বিস্তৃত হইয়াছে

অথচ বিশেষ কোন কষ্ট না থাকায় যথোপযুক্তভাবে চিকিৎসিতা হয় নাই। মফঃস্বল হইতে কলিকাতায় কেবলমাত্র শোণিতস্রাবের চিকিৎসার জন্য রোগিণী আসিয়াছে, এস্থানে পরীক্ষা করিয়া জরায়ুগ্রীবার বিস্তৃত অংশ কার্সিনোমা দ্বারা আক্রান্ত দেখা গিয়াছে। তখন আর উপযুক্ত চিকিৎসার সময় নাই। এরূপ ঘটনা প্রায়শঃ দেখিতে পাওয়া যায়। জরায়ু গ্রীবায় প্রথমে সামান্য ক্ষত হওয়ায় যে স্রাব হয়, তাহা সাধারণ স্রাব মনে করিয়া অনেক স্ত্রীলোকেই তাহার চিকিৎসা করা আবশ্যক মনে করে না। কিন্তু ঐ স্রাবই যে ক্যানসার পীড়ার প্রাথমিক বাহ্য লক্ষণ; পরীক্ষা দ্বারা তাহা অনেক স্থলে প্রতিপন্ন হইতে পারে।

বেদনা।—কর্কট পীড়ার জন্য বেদনা—জলন বা কর্ত্তনবৎ অনুভূত হয়। রজনীতে বেদনার বৃদ্ধি হওয়া একটী বিশেষ লক্ষণ। পীড়ার প্রথমাবস্থার সঙ্গম সময়ে বেদনা ও জরায়ুর চৈতন্যাধিক্য অনুমিত হয়। অনেক সময়ে সঙ্গম জন্য বেদনা নাও হইতে পারে। পীড়া যোনিতে বিস্তৃত হইতে থাকিলে বেদনা প্রবল হয়। সরলান্ত্র এবং মূত্রাশয়ের সঞ্চালনেও বেদনা প্রবল হইতে পারে। বেদনার জন্য নিদ্রার বিঘ্ন হইয়া থাকে। কটিদেশে বেদনার প্রাবল্য এবং সেক্রাল স্নায়ুর গতি অনুযায়ী উরুদেশের পশ্চাতে বিস্তৃত হইতে পারে। বেদনা এত প্রবল হয় যে, তজ্জন্য রোগিণী অধৈর্য্যভাবে ক্রন্দন করে।

অর্দ্ধেক রোগিণীর বেদনার লক্ষণ প্রবলভাবে উপস্থিত হয়। কাহারও প্রথমে এবং কাহারও শেষে বেদনা প্রবল হয়। কদাচিৎ কখন বেদনা নাও থাকিতে পারে। উদরের নিম্নাংশ, কটিদেশ, কুঁচকী এবং উরুদেশ পর্য্যন্ত বেদনা বিস্তৃত হয়। অনেকস্থলে দক্ষিণ পার্শ্ব অপেক্ষা বাম পার্শ্বেই বেদনা প্রবল হয়; ইহার কারণ—কেবল বাম দিকের স্নায়ুমণ্ডলের চৈতন্যাধিক্য হওয়ায় বেদনাও প্রবল হয়।

শোণিতস্রাব হইলে যন্ত্রাদির রক্তাবেগ হ্রাস হওয়ায় বেদনারও উপশম হয়। সুতরাং বেদনা এবং স্রাবের পরস্পর বিপরীত সম্বন্ধ অর্থাৎ শোণিতস্রাব অধিক হইলে বেদনার নিবৃত্তি এবং অল্প হইলে বেদনার বৃদ্ধি হয়। জরায়ুর সংলগ্ন বিধান আক্রান্ত হইলে ভিন্ন ভিন্ন প্রকৃতির বেদনা হইতে পারে।

শোণিতস্রাব।—প্রথমে শোণিতস্রাবের প্রতিই লক্ষ্য আকৃষ্ট হয়। অতি সামান্য পরিমাণ—অধিক আর্ত্তবস্রাব বলিয়া সন্দেহ হয়। সকল বয়সেই ক্যানসার হইলেও আর্ত্তবস্রাব এককালীন বন্ধ হওয়ার বয়সেই অধিক হইয়া থাকে। এই বয়সে সামান্য পরিশ্রম, অল্প আঘাত কিম্বা সঙ্গম সময়, অথবা মলত্যাগ সময়ে বেগ দেওয়ায় সামান্য শোণিতস্রাব হইলে রোগিণী হয় তো মনে করে—তাহার আর্ত্তবস্রাব এককালীন বন্ধ হওয়ার সময় উপস্থিত হইয়াছে জন্যই এইরূপ গোলমাল হইতেছে। সুতরাং তৎপ্রতি বিশেষ লক্ষ্য করার কোন কারণ দেখিতে পায় না। আবার কখন বা নিয়মিত অত্যধিক আর্ত্তবস্রাব হওয়ায় মনে করে—তাহার জননেন্দ্রিয় সুস্থ হইয়াছে—তজ্জন্য যৌবনকালের ন্যায় শোণিতস্রাব হইতেছে। ইহা আনন্দেরই বিষয়; এই হেতু বশতঃ তৎকালে পীড়ার বিষয় মনে স্থান পায় না। কিন্তু পুনঃ পুনঃ এইরূপ হইতে থাকিলে এবং আর্ত্তবস্রাবের সময় ব্যতীতও অন্য সময়ে শোণিতস্রাব হইলেই সন্দেহ উপস্থিত হয়।

এই শোণিতস্রাব যে কেবল ক্ষত হইতে হয়, তাহা নহে,—পরন্তু পীড়ার প্রথমাবস্থায় মারাত্মক অভিনব বিধান সঞ্চিত হওয়ায় তাহার উত্তেজনার জন্য রক্তাধিক্য এবং প্রদাহের ফলে শোণিত নিঃসৃত হয়।

নিঃসৃত শোণিত পাতলা জলমিশ্রিতের অনুরূপ, দুর্গন্ধযুক্ত এবং বিভিন্নপ্রকৃতিবিশিষ্ট হইতে পারে। অধিক শোণিতস্রাব হইলে রোগিণীর নীরক্তাবস্থা উপস্থিত হয়।

স্রাব।—শোণিতস্রাবের পর দুর্গন্ধযুক্ত প্রদর—স্রাব হইতে থাকিলে ক্যান্সার পীড়ার সন্দেহ প্রবল হয়। উভয় শোণিত-স্রাবের মধ্যবর্ত্তী সময়ে এইরূপ স্রাব হয়।—অভিনব সঞ্জাত ক্যান্সার কোষের সঙ্কাপে আকারদ বিধান সঙ্কাপিত, কোমল, পরিবর্ত্তিত, বিনষ্ট ও বিগলিত হইয়া ক্যান্সার জুস (Cancer Juice) রূপে বহির্গত হয়। এই সময়ে বিগলিত বিধানের পার্শ্বস্থিত বিধানে ক্যান্সার কোষ সঞ্চিত হওয়ায় তাহা কঠিন, স্থূল ও বিস্তৃত হইতে থাকে। তৎপর বিনষ্ট বিধান পচিয়া বিগলিত হইলে ক্ষত প্রকাশিত হয়। রোগিণী স্বয়ং দুর্গন্ধ জন্য কষ্ট বোধ করে। ক্রমে পীড়া প্রবল হইতে থাকিলে রোগিণীর বস্ত্রে এবং বাসগৃহে পর্য্যন্ত দুর্গন্ধ বিস্তৃত হয়। প্রথমে স্রাবের বর্ণ প্রায় শুভ্র থাকে, পরে পাটল, মাংস বা মৎস্য ধৌত জলের অনুরূপ হয়। দুর্গন্ধে বিবমিষা এবং বমন উপস্থিত হয়। এই স্রাব তীব্র—যোনিদ্বার প্রভৃতিতে সংলগ্ন হইলে উত্তেজনা এবং লাল চক্রাকার কণ্ডু বহির্গত হইতে পারে। কখন কখন পূয়বৎ স্রাব হইতে দেখা যায়।

ত্বকের বিবর্ণত্ব।—ক্যান্সার পীড়া দ্বারা আক্রান্ত হওয়ার অল্প বা অধিক দিবস পরে—বেদনা, অনিদ্রা, দুশ্চিন্তা, মূত্রাশয় আদির যন্ত্রণা, শোণিতস্রাব এবং নিরক্ত রস স্রাব ইত্যাদি বিবিধ কারণে শরীর ক্ষয় হয়। মুখমণ্ডলে চিন্তা ও কষ্ট ব্যঞ্জক ভাব এবং সাধারণ অবসন্ন ভাব প্রকাশ পায়। এই সময়েই ত্বকের পাংশুটে বা পাণ্ডুবর্ণ উপস্থিত হয়।

অধিকাংশ স্থলেই উল্লিখিত কয়েকটী সাধারণ লক্ষণ উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

জ্বর।—ক্যান্সার জন্য ক্ষত এবং স্রাবে দুর্গন্ধ হইলে, দূষিত পদার্থ শোষিত হওয়ায় জ্বর উপস্থিত হয়।

শরীর ক্ষয়।—পীড়ার আরম্ভ হইতে শেষ পর্য্যন্ত অনিয়-

মিতভাবে শরীর ক্ষয় হইতে থাকে। অনেক স্থলে শেষাবস্থায় এক বা উভয় পদ স্ফীত হয়।

স্থানিক লক্ষণ।—ক্যান্সার দ্বারা গ্রীবা আক্রান্ত হওয়ার অল্প পরেই পরীক্ষা করিলে মারাত্মক পীড়ার কোন বিশেষ নিশ্চিত লক্ষণ অনুভব করা যায় না। গ্রীবা কঠিন এবং তাহার চৈতন্যাধিক্য অনুমিত হইতে পারে। সামান্য শোণিতস্রাব হয়। কিন্তু এতদ্দ্বারা মারাত্মক পীড়া স্থির হয় না। আর একটু অগ্রসর হইলে সন্দেহ প্রবল হওয়ার সম্ভাবনা—গ্রীবা কোমল ও তদ্বিধান ভঙ্গপ্রবণ; গ্রীবা গঠন বহির্বক্র কঠিন কিনারা বিশিষ্ট ও শোণিতস্রাবপ্রবণ—এমন কি সামান্য অঙ্গুলী সংস্পর্শে শোণিত স্রাব হয়, স্রাবের দুর্গন্ধ, জরায়ু আবদ্ধ, ক্ষয়িত ও বন্ধুর, বা উদ্ভিদাঙ্কুর ও ফাগুন্দা প্রকৃতির গঠনের অবস্থান এবং শোণিতস্রাব প্রবণ গঠন ইত্যাদি বর্তমান থাকিতে পারে। স্পেকুলম দ্বারা পরীক্ষা করিলে, তাহা সুস্পষ্ট দৃষ্ট হয়। গ্রীবার ছিন্ন-বিচ্ছিন্নতা, বিদারণ, গঠন মধ্যে শোণিত সঞ্চয় এবং পলিপস বিগলন ইত্যাদির সহিত ভুল না হয়, তৎসম্বন্ধে সতর্ক হইয়া স্থানিক পরীক্ষা করা উচিত। সরলান্ত্র ও মূত্রাশয় ইত্যাদি আক্রান্ত হইলে যন্ত্রণার আধিক্য হয়। পীড়া বিস্তৃত না হইলে এই সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত হয় না। পীড়া অধিক বিস্তৃত হইলে সিমসের স্পেকুলম অল্প মাত্র প্রবিষ্ট করাইয়া পরীক্ষা করা উচিত। স্পেকুলম প্রবেশ জন্য যন্ত্রণার আধিক্য হইতে দেখা যায়।

গ্রীবার অভ্যন্তরের সামান্য মাত্র অংশ আক্রান্ত হইয়াছে, এমত সন্দেহ হইলে, গ্রীবা-ওষ্ঠে টেনাকিউলম বিদ্ধ ও তাহা প্রসারিত করিয়া পরীক্ষা করা আবশ্যক। সন্দেহযুক্ত পীড়িত-স্থান অঙ্গুলী দ্বারা সঞ্চাপিত করিলে যদি গঠন ভগ্ন হয়, তবে মারাত্মক পীড়ার সন্দেহ প্রবল হইতে পারে।

গ্রীবামুখের সন্নিকটে ক্যানসার পীড়ার আরম্ভে গভীর স্তরের অভিমুখে বিস্তৃত হওয়ার সংখ্যার তুলনায় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির উপরে অঙ্কুরবৎ তরঙ্গায়িত অবস্থায় উচ্চ হইয়া বিস্তৃত হওয়ার সংখ্যাই অধিক দেখিতে পাওয়া যায়। এতদ্দ্বারা যোনিস্থিত গ্রীবার অংশ এবং যোনির ছাদ ক্রমে আক্রান্ত হইতে থাকে। ইহা দৃশ্যে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র আঁচিল বা পলিপসের অনুরূপ। এই প্রকৃতির পীড়াগ্রস্তা স্ত্রীলোক শীঘ্রই চিকিৎসাধীনে আইসে এবং পীড়িত গঠন সত্বরে উচ্ছেদ করিলে রোগিণী আরোগ্য হইতে পারে। পীড়া বৃদ্ধি পাইতে থাকিলে অঙ্কুর সমূহ ক্রমে উচ্চ হইতে থাকে। অঙ্কুরের মূলদেশে সরু এবং অবশিষ্টাংশ বিস্তৃত হওয়ায় ফুলকপীর অনুরূপ আকৃতিতে দেখিতে পাওয়া যায়। ইহার বর্ণ উজ্জ্বল মাংসের সদৃশ। সহজেই শোণিত-স্রাব হইতে থাকে।

গ্রীবার অভ্যন্তরের নিম্নাংশের কর্কট পীড়ায় নিম্নাংশে বিদারণ থাকিতে পারে। অনেক সময়ে ক্ষুদ্র শ্লৈষ্মিক পলিপস হইতে পীড়ার আরম্ভ হইয়া যে কোন দিকে বিস্তৃত হইতে পারে। গ্রীবামুখের অভ্যন্তর হইতে বহির্গত হইয়া আসিতেও দেখা গিয়াছে। বাহ্য-মুখে পীড়ার কোন লক্ষণই নাই, অভ্যন্তর মুখে ক্যানসার গঠন বর্ত্তমান রহিয়াছে, ঐরূপ দৃষ্টান্ত বিরল নহে। এইরূপ স্থলে ক্যানসারের স্থান নির্ণয় জন্য বিশেষ পরীক্ষা করিতে হয়।

ক্যানসার আক্রান্ত বিধান সত্বরে বা বিলম্বে বিগলিত হয়—প্রথমে যে স্থান আক্রান্ত হইয়াছিল, সেই স্থানই প্রথমে বিগলিত হইতে থাকে। বিগলিত স্থানে আবদ্ধ ক্ষুদ্র পচা পদার্থ দেখা যাইতে পারে। ইহা বিযুক্ত হইলে তৎস্থানে গহ্বর উৎপন্ন হয়। কখন কখন কঠিন পদার্থ রূপে পরিণত হইয়া গ্রীবামুখ সম্পূর্ণ আবদ্ধ করে, তন্মধ্য হইতে স্রাবাদি বহির্গত হইতে পারে না, কিন্তু কতক দিবস বিলম্বে ইহাও বিগলিত

হইয়া বহির্গত হয়। গ্রীবার ক্যানসার জন্য জরায়ুর দেহ বর্দ্ধিত এবং তন্মধ্যে প্রদাহ হইতে পারে। এই প্রদাহ জন্য জরায়ুগহ্বর হইতে পূয মিশ্রিত বা শোণিতরঞ্জিত ময়লাবর্ণের স্রাব নিঃসৃত হয়।

ক্যানসার নবজাত বর্দ্ধন, তজ্জন্য আক্রান্ত গ্রীবা প্রথমে স্বাভাবিক অপেক্ষা অল্লাধিক বৃহৎ হয়, কিন্তু শেষে বিগলিত হইতে আরম্ভ হইলে ক্ষুদ্র হইতে পারে। সন্নিকটস্থিত সমস্ত বিধানই ক্রমে ক্রমে আক্রান্ত হয়, কোন নির্দ্দিষ্ট বিধানে আবদ্ধ থাকে না, তজ্জন্য গ্রীবা আবদ্ধ হয়। কিন্তু পীড়ার আরম্ভ মাত্রই এই লক্ষণ উপস্থিত না হইয়া কিছু বিলম্বে উপস্থিত হয়।

ক্যানক্রইড ধীরভাবে বর্দ্ধিত হয়। ইপিথিলওমা বাহ্যন্তরে শীঘ্রই বিস্তৃত হয়। কার্সিনোমাও দ্রুত বর্দ্ধিত হয়, এতদ্দ্বারা দূরবর্ত্তী যন্ত্র সমূহ অধিক আক্রান্ত হয়। স্কিরস ক্যানসার অতি মৃদু গতিতে বিস্তৃত, কঠিন গুটিকা রূপে অবস্থিত এবং সুস্পষ্ট ভাবে প্রকাশিত হয়। এই প্রকৃতির ক্যানসারে প্রথমে অতি সামান্য স্রাব নিঃসৃত হয়।

পীড়ার ভোগকাল।—সাধারণতঃ আঠার মাস, কিন্তু পীড়া আরম্ভ হওয়ার পর চারি মাস মধ্যেও মৃত্যু হইতে দেখা গিয়াছে। আবার অনেক রোগিণী বহুকাল জীবিতা থাকিয়া যন্ত্রণা ভোগ করে। পীড়ার প্রকৃতি অনুসারে ভোগকাল অল্প বা অধিক হইতে পারে। সচরাচর তিন চারি বৎসর পর্য্যন্ত জীবিত থাকিতে দেখা যায়।

রোগ নির্ণয়।—জরায়ুর গ্রীবার ছিন্নবিচ্ছিন্নতা, দানাময়, অপকৃষ্টতা, সাধারণ প্যাপিলোমেটাস্ বর্দ্ধন, গ্রীবা-বিধানের রক্তাধিক্য, উপদংশ-সম্ভূত ক্ষত, পলিপস, সারকোমা, ফলিকিউলার বিবৃদ্ধি, গহ্বর-মধ্যস্থিত বিগলিত সৌত্রিক অর্ব্বুদ, কণ্ডাইলোমেটা, ক্ষুদ্র সৌত্রিক অর্ব্বুদ, পুরাতন ক্ষয়কারী ক্ষত এবং হার্পিটিক এরোশনের সহিত ভ্রম হইতে পারে।

পীড়া প্রবল হইলে তাহার বিশেষ লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হয়, সুতরাং ক্যানসার স্থির করিতে বিশেষ গোলযোগ উপস্থিত হয় না। কিন্তু পীড়ার প্রথমাবস্থায় লক্ষণ সমূহ অস্পষ্টভাবে প্রকাশিত হওয়ায় বিলক্ষণ সন্দেহ উপস্থিত হয়, অথচ এই সময়ে যথার্থ রোগ নির্ণীত না হইলে পরিশেষে কোন চিকিৎসাতেই সুফল দর্শে না। তজ্জন্য প্রারম্ভে পার্থক্য নির্ণয় করা বিশেষ কর্ত্তব্য।

উল্লিখিত প্রত্যেক পীড়ার লক্ষণ সমূহের সহিত ক্যানসারের লক্ষণ সমূহের বিভিন্নতা কি কি, তাহা পরস্পর তুলনা করিলেই সন্দেহ ভঞ্জন হইতে পারে।

নিম্নলিখিত কয়েকটী লক্ষণের উপর পার্থক্য নির্ণয় নির্ভর করে।

১। অপেক্ষাকৃত অল্প সময় মধ্যে বৃদ্ধির ইতিবৃত্ত।

২। উপদংশের প্রমাণাভাব।

৩। রোগিণীর বয়স এবং কৌলিক প্রমাণ।

৪। মারাত্মক পীড়ার বিশেষ লক্ষণ বর্ত্তমান—বিশেষতঃ বেদনা, শোণিতস্রাব, অপরিষ্কার স্রাব, দুর্গন্ধ, মূত্রাশয়ের কষ্ট এবং সংস্ত্যাগ সময়ে বেদনা।

৫। প্রথমাবস্থায় পীড়িত স্থানের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি সংলগ্নগঠন সহ আবদ্ধ—শেষাবস্থায় জরায়ু আবদ্ধ, স্পঞ্জটেণ্ট প্রয়োগে গ্রীব-প্রসারণের প্রতিবন্ধকতা।

৬। পীড়িত অংশের সংলগ্ন যোনি-প্রাচীর আক্রমণ।

৭। চিকিৎসায় কোন উপকার না হওয়া এবং পীড়িত অংশ উচ্ছেদ করার পর পুনর্ব্বার পীড়ার প্রকাশ।

৮। রোগিণীর বিশেষ প্রকৃতির পাণ্ডুবর্ণ।

৯। অঙ্গুলী এবং স্পেকুলম দ্বারা পরীক্ষা করিয়া পীড়ার বিশেষ স্থানিক লক্ষণ অনুভব।

১০। দূরবর্ত্তী যন্ত্র সমূহ পরম্পরিত ভাবে আক্রমণ।

১১। আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় ক্যানসার নির্ণয়।

প্রথমাবস্থার স্থানিক লক্ষণ—

ক। পীতাভাযুক্ত আরক্তবর্ণ দানাময় প্রদেশ।

খ। ঈষৎ পীতবর্ণে বর্ণ পরিবর্ত্তন।

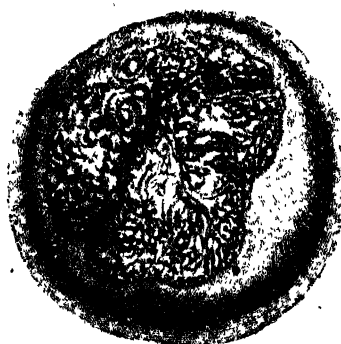
গ। গ্রীবার আক্রান্ত স্থানে পীতাভাযুক্ত শ্বেতবর্ণ, উজ্জ্বল দানাময় পদার্থ সঞ্চয়।

ক্যানসার পীড়ার আক্রমণের প্রারম্ভ সময়ে গ্রীবা প্রদেশে উল্লিখিত পীতাভবর্ণ পরিবর্ত্তন এবং এক ধর্ণে কৃষ্ণলাল বর্ণের স্ফীততা—অস্পষ্ট সীমা বিশিষ্ট উচ্চতা লক্ষিত হয়। অনেকের মতে ইহা একটী নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ হইলেও এতদ্দেশে পীড়ার ঐরূপ প্রারম্ভাবস্থায় রোগিণী চিকিৎসাধীনে আইসে কি না, সন্দেহ।

যোনিস্থিত গ্রীবা অংশে ক্যানসার হইলে প্রথমেই রোগ স্থির হওয়ায় উপযুক্ত চিকিৎসায় সুফল লাভ করা যাইতে পারে, কিন্তু গ্রীবার অভ্যন্তরের ক্যানসার পীড়ায় ইহার সম্পূর্ণ বিপরীত ফল হয়।

সাধারণ দানাময় গঠন হইতে ক্যানসারের পার্থক্য নির্ণয় করিতে হয়—এরোশনের কিনারা অতীক্ষ্ণ, তলভাগের সহিত পার্শ্বদেশ তরঙ্গায়িত ভাবে সম্মিলিত, গ্রীবা-মুখের সন্নিকটেই দানাময় গঠন আরম্ভ—তৎপর উচ্চ হইয়া ক্রমে হেলান ভাবে যাইয়া সুস্থ বিধানের সহিত সম্মিলিত হয়, এই সমস্ত তরঙ্গবৎ উজ্জ্বল রক্তবর্ণ গঠনের মধ্যে মধ্যে কোন কোন স্থানে সুস্থ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বর্ত্তমান ও উজ্জ্বল রক্তবর্ণ সীমা রেখার দ্বারা পরস্পর পৃথক্ থাকে। পীড়িত গঠনের মধ্যে স্থানে স্থানে যেমন সুস্থ বিধান দৃষ্ট হয়, তদ্রূপ পীড়িত বিধানের সীমানির্দ্দেশক রক্তবর্ণ রেখার বহির্দ্দেশেও দুই একটী বিন্দু বিন্দু রক্তবর্ণ উচ্চ নব স্ফীততা দৃষ্ট হইয়া থাকে। এই দানাময় গঠনের সমস্ত অংশই

গাঢ় উজ্জ্বল রক্তবর্ণ বিশিষ্ট। এই গঠন কোমল এবং ঘর্ষণে শোণিত নিঃসৃত হয় সত্য, কিন্তু বিধান মধ্যে কোথাও শোণিত নিঃসৃত হইয়া সঞ্চিত হয় না। পচনের কোন লক্ষণও বর্ত্তমান থাকে না। ভঙ্গ-প্রবণও নহে। চিকিৎসায় আরোগ্য বা উপশম হয়।

ক্যানসার সূক্ষ্ম আঁচিলবৎ প্রকৃতিতে আরম্ভ হইলেও এরোশনের অনুরূপ মকমলবৎ কোমল না হইয়া অপেক্ষাকৃত কঠিন অনুমিত হয়। ইহার কিনারা তীক্ষ্ণ, অল্প সময় মধ্যেই বিগলিত হওয়ার লক্ষণ উপস্থিত হয়। বিগলিত হইতে আরম্ভ হইলে বন্ধুর, ছিদ্র বিশিষ্ট—কীট-দষ্টের অনুরূপ দেখায়। কালশিরা অর্থাৎ স্থানে স্থানে বিধান মধ্যে শোণিত নিঃসৃত হইয়া সঞ্চিত থাকে। বিগলিত হইতে আরম্ভ হইলে তৎস্থান ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ধূসর বর্ণ পচা পদার্থ দ্বারা আবৃত থাকে। স্পর্শ করিলে শোণিত নিঃসৃত হয়।

১৪২তম চিত্র। জরায়ুর যোনিস্থিত গ্রীবাংশের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির উপরে উৎপন্ন আঁচিলবৎ কর্কট রোগ। নিম্ন হইতে দৃশ্য।

১৪৩তম চিত্র।—জরায়ু গ্রীবার অভ্যন্তরের নিম্নাংশে উৎপন্ন কর্কট রোগ। নিম্ন হইতে দৃশ্য।

অতি ভঙ্গ প্রবণ—কিউরেট দ্বারা ভগ্ন করা যায়। চিকিৎসায় আরোগ্য বা উপশম হয় না। এতদপেক্ষা বৃহদায়তন হইলেই ফুলকপীর অনুরূপ

গঠন বিশিষ্ট হওয়ায় সহজেই ক্যানসার স্থির করা যাইতে পারে। কিন্তু তদ্রূপ অবস্থায় সমাগত হইলে অসাধ্য হয়, সুতরাং চিকিৎসায় সুফল লাভ করিতে হইলে পীড়ার সূচনাতেই রোগ নির্ণয় করা উচিত।

রক্তবর্ণ দাগ।—জরায়ু-গ্রীবার বাহ্য মুখের চতুষ্পার্শ্বে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির উপরে সীমাবিশিষ্ট লাল দাগ দৃষ্ট হয়। ইহার বর্ণ পূর্ব্বোক্তের বর্ণাপেক্ষা কৃষ্ণবর্ণ বিশিষ্ট। পীড়িত স্থান উজ্জ্বল মসৃণ, কিন্তু বন্ধুর নহে এবং ঘর্ষণ করিলে শোণিত নিঃসৃত হয় না। চিকিৎসায় এরোশন আরোগ্য হইলেও ঐরূপ মসৃণ হয়, কিন্তু রোগোন্মুক্ত স্থানের বর্ণ অন্যরূপ। স্পর্শ করিলে শোণিতস্রাব হয় না এবং উজ্জ্বলও নহে।

গ্রীবার পুরাতন প্রদাহজ কাঠিন্য এবং ছিটাগুলীবৎ গঠন। পুরাতন প্রদাহজাত কঠিনাবস্থার অভ্যন্তরে অবরুদ্ধ কোষ অবস্থিত হইলে স্পর্শে ছিটাগুলীর অনুরূপ বোধ হয়, ইহা নডুলার প্রকৃতির ক্যানসারের সহিত ভ্রম হইতে পারে। স্রাবরোধ জন্য ওভুলানেবোথাই হইতে উক্ত কঠিন গুটিকার উৎপত্তি হয়। গ্রীবার এক অংশ পুরাতন প্রদাহ জন্য স্ফীত ও কঠিন হইলে ক্যান্সারজনিত স্ফীতাবস্থার সহিত ভ্রম হইতে পারে। স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া পরীক্ষা করিলে যদি ঐ গুটিকাসমূহের অভ্যন্তরস্থিত আবদ্ধ রস অপরিবর্ত্তিতাবস্থায় থাকে, তবে ধূসরবর্ণবিশিষ্ট মুক্তার ন্যায়,—উজ্জ্বল দেখায়। আবদ্ধস্রাব ঘনীভূত হইয়া থাকিলে যদি তাহা বিদ্ধ করা যায়, তবে গাঢ় পীতবর্ণ স্রাব বহির্গত হইয়া যাওয়ার পর সেই স্থানে সামান্য মসৃণ উচ্চতা মাত্র অবশিষ্ট থাকে। ইহার চতুষ্পার্শ্বস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির বর্ণের কোনরূপ পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয় না। সূক্ষ্ম আঁচিলবৎ কোন অভিনব বর্দ্ধনও দৃষ্ট হয় না, কোনরূপ বিশেষবর্ণ এবং বিধান বিগলিত হওয়ার কোন লক্ষণ দৃষ্ট হয় না।

পীড়ার ইতিবৃত্তও রোগ নির্ণয়ে বিশেষ সাহায্য করে—এই প্রকৃতির পীড়া দীর্ঘকাল একই অবস্থায় থাকার বিবরণ অবগত হওয়া যায়। সন্দেহ হইলে পরীক্ষাধীনে রাখিয়া দৈহিক গুরুত্বের হ্রাস-বৃদ্ধি ও আক্রান্ত বিধানের পরিবর্ত্তন লক্ষ্য করিয়া স্থির মীমাংসায় সমাগত হইতে যত্ন করিবে।

গ্রীবার ক্ষুদ্র সৌত্রিক অর্ব্বুদ।—গ্রীবার ক্ষুদ্র সৌত্রিক অর্ব্বুদ সহ ক্যানসারের ভ্রম হইতে পারে। এই স্থানের অর্ব্বুদ অতি বিরল—মসৃণ, কঠিন চতুষ্পার্শ্বযুক্ত গোলাকার সীমাবিশিষ্ট, অসম্বদ্ধ অভিনব বর্দ্ধন; ইহা স্পর্শ করিলে শোণিতস্রাব হয় না এবং ইহার প্রদেশের কোন স্থানে বিগলিত হওয়ায় ক্ষত ও রক্তোৎপত্তি হয় না। কর্কট পীড়ার অনুরূপ সন্নিকটস্থিত সকল বিধান আক্রমণ না করিয়া কেবল মাত্র স্বকীয় কোষ দ্বারা আবৃত থাকে। এই অর্ব্বুদে রক্তাবেগ, কালসে লালবর্ণ দাগ এবং তৎপ্রদেশোপরি শোণিত বাহিকার গতি পরিলক্ষিত হইতে পারে সত্য কিন্তু গভীর ক্ষয়িত ক্ষত কিম্বা সূক্ষ্ম আঁচিলবৎ গঠন কখনই পরিদৃষ্ট হয় না। এই সমস্ত লক্ষণেও নিঃসন্দেহ হইতে না পারিলে রোগিনীকে পরীক্ষাধীনে রাখিয়া মধ্যে মধ্যে অর্ব্বুদের স্থানিক পরিবর্ত্তন এবং দৈহিক গুরুত্ব পরীক্ষা করিয়া স্থির মীমাংসায় উপনীত হইবে।

হার্পিটিক এরোশন।—জরায়ুগ্রীবা সামান্য স্থূল এবং তদুপরি লাল লাল বিন্দু বিন্দু দাগ দৃষ্ট হয়, ইহা প্রথমে ক্ষুদ্র ফুস্কুড়ীর অনুরূপ প্রকৃতিতে উদগত হইয়া তাহা বিদীর্ণ হওয়ার পর ঐরূপ দাগ অবশিষ্ট থাকে। এই অবস্থায় মারাত্মক পীড়ার আরম্ভাবস্থার সহিত সামান্য সাদৃশ্য থাকায় ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু ঐ দাগ ক্যানসারের অনুরূপ গভীর না হইয়া ভাসা ভাসা দেখায়। পরন্তু চিকিৎসার ফল অবস্থা পর্য্যবেক্ষণ করিলেই সন্দেহ ভঞ্জন হইতে পারে।

স্পাইগেলবার্গের (Spiegelberg's sign) লক্ষণ।—কর্কট রোগ উৎপন্ন হইলে আক্রান্ত শ্লৈষ্মিকঝিল্লির প্রকৃতি পরিবর্ত্তিত হওয়ায়

অঙ্গুলী দ্বারা সঞ্চালিত করিলে স্বাভাবিকাবস্থায় যে ভাবে অঙ্গুলীর নিম্নস্থিত অংশ সঞ্চালিত হইত, কর্কটাক্রান্ত বিধান তদ্রূপ সঞ্চালিত হয় না এবং স্বাভাবিক অবস্থার অনুরূপ নমনীয়ও বোধ হয় না। স্পর্শে বিশেষ প্রভৃতি বিশিষ্ট—মসৃণ আর্দ্র বরফ খণ্ডের উপর অঙ্গুলী সঞ্চালিত হইতেছে—এমত অনুমিত হয়। কিন্তু সকল রোগিণীতে এবং সকল সময়েই যে এই লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে, তাহা নহে। তবে যেস্থলে উক্ত লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে, সেস্থলে ক্যানসার পীড়ার সন্দেহ বলবৎ হয়।

শ্যাঙ্কার ও কণ্ডাইলোমেটা।—জরায়ু গ্রীবার এই উভয় পীড়াই অতি বিরল। কিন্তু বর্ত্তমান থাকিলে ক্যানসারের সহিত ভ্রম হও-য়ার বিলক্ষণ সম্ভাবনা। শ্যাঙ্কার নবজাত বর্দ্ধন নহে এবং কণ্ডাইলোমেটা বিগলিত হয় না। জরায়ু গ্রীবা ক্যানসার পীড়ার জন্য যেরূপ কঠিন হয়, শ্যাঙ্কারে তাহা হয় না। উপদংশ পীড়া হইলে, রোগিণীর দেহে উক্ত পীড়ার অন্যান্য লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে এবং স্থানিক লেড লোশন, ব্ল্যাকওয়াশ ও আভ্যন্তরিক পারদ প্রয়োগের ফল দৃষ্ট করিলেই রোগ স্থির হইতে পারে।

টেণ্ট দ্বারা গ্রীবা প্রসারণ।—স্পিজিল বার্গ বলেন—কর্কটা-ক্রান্ত গ্রীবা টেণ্ট দ্বারা প্রসারিত হয় না। কিন্তু সুস্থ গ্রীবা সহজে প্রসারিত হইয়া থাকে। অনেকেই এই সিদ্ধান্ত বিশ্বাস করেন না।—কর্কটাক্রান্ত গ্রীবাও টেণ্ট দ্বারা প্রসারিত হইতে পারে এবং সুস্থ গ্রীবাও অনেক সময়ে টেণ্ট দ্বারা সহজে প্রসারিত হয় না।

ছিন্ন বিচ্ছিন্নতা।—প্রসব সময়ে জরায়ুগ্রীবা ছিন্ন বিচ্ছিন্ন হওয়ার পর দীর্ঘকাল বিনা চিকিৎসায় বা কুচিকিৎসায় অতীত হইলে, ক্যানসারের সহিত ভ্রম হইতে পারে। এইরূপ ঘটনা, আমি অনেক বার প্রত্যক্ষ করিয়াছি। প্রসব সময়ে বিদীর্ণ হইলে, বিদারণসমস্ত গ্রীবাবন্ধ হইতে বাহ্য অভিমুখে গমন করে। উভয় বিদারের মধ্যস্থল

তদ্রূপ গতিতেই উর্দ্ধচ্ছভাবে অবস্থিতি করে। কিন্তু ক্যানসারের ঐরূপ দুইটী উচ্চস্থলের মধ্যস্থিত অংশের গতি স্থির। ক্যানসার পীড়া অধিক অগ্রসর হইলেই এই বিষয়ে পার্থক্য নির্ণীত হইতে পারে সত্য, কিন্তু পীড়ার প্রথমাবস্থায় রোগ নির্ণয়ের কোন সাহায্য হয় না। অন্যান্য লক্ষণ প্রণিধান করা আবশ্যক।

চিকিৎসার ফল।—গ্রীবার সাধারণ ক্ষত, নোমচা ঘা, এবং প্রদাহ জনিত স্ফীতাবস্থায় সামান্য সংস্পর্শে শোণিতস্রাব ইত্যাদি লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে ক্যানসার সহ পার্থক্য নির্ণয় জন্য চিকিৎসার ফল প্রণিধান করা কর্ত্তব্য। এই সকল স্থলে প্রচলিত স্থানিক চিকিৎসা— এক কি দুই বার উগ্র কার্ব্বলিক এসিড প্রয়োগ করিলেই সাধারণ ক্ষতের স্থানিক অবস্থার উন্নতি এবং রোগের উপশম হয়। কিন্তু ক্যানসারে ঐ ভাবে কার্ব্বলিক এসিড প্রয়োগ করিলে স্থানিক উত্তেজনার বৃদ্ধি হওয়ায় ক্যানসারের দ্রুত বৃদ্ধি হইতে থাকে। সুতরাং দীর্ঘকাল এইরূপ পরীক্ষা করাও বিপজ্জনক।

গ্রীবার অভ্যন্তরে ক্যানসার হইলে, পীড়ার সূত্রপাতে তাহা স্থির করা অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। পীড়া বিস্তৃত, গ্রীবা স্থূল এবং তাহার অভ্যন্তরের কিয়দংশ ক্ষয় হইয়া গহ্বর হইলে রোগ নির্ণীত হয়। কিন্তু তখন রোগ নির্ণয় করার আর না করার একই ফল। কারণ তদবস্থা চিকিৎসার অতীত।

সন্দেহযুক্তস্থলে পীড়িত বিধানের আণুবীক্ষণিক পরীক্ষার ফলের উপর নির্ভর এবং প্রথমে সাধারণ পীড়া মনে করিয়া তদ্রূপ চিকিৎসার আশ্রয় গ্রহণ করতঃ রোগিণীকে পরীক্ষাধীনে রাখিয়া সন্দেহ ভঞ্জন জন্য অপেক্ষা করিবে।

গর্ভ উপসর্গ।—জরায়ু গ্রীবায় কর্কট রোগ বর্ত্তমান থাকিলেও গর্ভ সঞ্চার হইতে পারে সত্য, কিন্তু তাদৃশ গর্ভের পরিণামফল

প্রায়ই অশুভ হইতে দেখা যায়। ক্যানসার গর্ভস্রাবের পূর্ব্ববর্ত্তী কারণ। প্রায় ৩।৪ মাসের মধ্যে গর্ভস্রাব হইতে দেখা যায়। ষষ্ঠ মাস উত্তীর্ণ হইলে স্বাভাবিক সময়ের অল্প পূর্ব্বেই প্রসব হওয়ার সম্ভাবনা। কখন কখন স্বাভাবিক সময়াপেক্ষা অধিক বিলম্ব হইতেও দেখা গিয়াছে। ক্যানসার বর্ত্তমান থাকা সত্ত্বে গর্ভস্রাব হইলে, অত্যধিক শোণিতস্রাব, শোণিতের দূষিতাবস্থা, এবং প্রসবের পর প্রসূতির অবস্থা শোচনীয় হইতে পারে। অনেক সময়ে মৃত ভ্রূণ প্রসূত হইতে দেখা যায়।

ক্যানসার জন্য মৃত্যুর কারণ।—শরীরক্ষয় জনিত অবসন্নতা, অত্যধিক শোণিত স্রাব, অম্বাবরক ঝিল্লির প্রদাহ, ইউরিমিয়া, এম্বোলিজম, অন্ত্রের প্রদাহ ও ক্ষত, মূত্রাশয়াদির প্রদাহ, শিরার প্রদাহ জন্য পাইমিয়া, ফুসফুস প্রভৃতি যন্ত্র আক্রান্ত হওয়ায় প্রদাহ, অকস্মাৎ হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়ারোধ, এবং নানারূপ উপসর্গ উপস্থিত হওয়ায় মৃত্যু হয়।

ভাবিফল—অত্যন্ত মন্দ। যে কোন প্রকৃতির ক্যানসার হউক না কেন, পরিণামফল অশুভ। কোন রূপ বিশেষ ঔষধ আবিষ্কৃত হয় নাই। রোগিণীর বয়স অল্প হইলে পীড়া প্রবলভাবে দ্রুত বিস্তৃত হওয়ায় শীঘ্রই মন্দ ফল উপস্থিত হয়, কিন্তু বয়স অধিক হইলে পীড়া অল্পে অল্পে বিস্তৃত হইতে থাকে। অধিক বয়সে কঠিন কর্কট পীড়া হইলে পীড়ার ভোগকাল দীর্ঘ হইতে পারে। অধিক বয়সে পীড়া ক্রান্ত হওয়ার পর ৮—১০ বৎসরও জীবিত থাকিতে দেখা গিয়াছে

জরায়ু দেহের কর্কট রোগ।

(Carcinoma of the body of the Uterus

কার্সিনোমা অফ্ দি বডি অফ্ দি ইউটিরাস।)

জরায়ুর গ্রীবার ক্যানসার রোগের তুলনায় দেহের ক্যানসা বিরল—অনুপাত—৫০=১। পরন্তু দেহের ক্যানসার স্থির ক

অত্যন্ত কঠিন জন্ম অনেক স্থলে ক্যানসার হইলেও তাহা নির্ণয় হয় না, তজ্জন্য যত অল্প মনে করা হয়, বাস্তবিক পক্ষে তত অল্প নাও হইতে পারে। সাধারণতঃ—

১। পীড়িতার সংখ্যা অল্প।

২। অধিক বয়সে,—আর্ত্তব স্রাব বন্ধ হওয়ার বয়সে বা বন্ধ হইলে ৫০—৬০ বৎসর বয়সে পীড়া হয়।

৩। বন্ধ্যা স্ত্রীর—অনপত্যাবস্থার অধিক হয়।

৪। সারকোমা বা এডেনোমার গঠন প্রবৃত্তি বিশিষ্ট।

৫। গ্রীবার সঙ্গে তুলনায় লক্ষণ অস্পষ্ট।

১৪৪তম চিত্র। জরায়ুর দেহের কার্সিনোমা।

১৪৫তম চিত্র। জরায়ুর দেহের কর্কট রোগ। দুইটি কিছু-অংশে পলিপাসসদৃশ।

৬। দেহের কোন অংশ আক্রান্ত কিন্তু গ্রীবা প্রায় অনাক্রান্ত, সে স্থলে দেহ বৃহৎ বা তাহা ফাঁপা হইয়া ক্যানসার পদার্থ দ্বারা পরিপূর্ণ

থাকিতে পারে। জরায়ু গঠনের অভ্যন্তরেও ক্যানসার উৎপন্ন হইতে পারে।

উৎপত্তি স্থান।—১। গঠনের গভীর স্তরে গ্রন্থিতে উৎপন্ন হইয়া, গুটিকাবৎ আকৃতিতে প্রথমে জরায়ুর প্রাচীরের অভ্যন্তরে অবস্থিত হইয়া ক্রমে বৃহৎ হওতঃ সৈরিক বা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অভিমুখে বিস্তৃত হইতে পারে।

২। বাহ্য স্তরে উৎপন্ন হইয়া প্যাপিলারী গঠনে জরায়ু-গহ্বরের অভ্যন্তরাভিমুখে বিস্তৃত হইতে থাকে। এই প্রকৃতির পীড়াই অধিক দেখিতে পাওয়া যায়।

জরায়ুদেহে ক্যানসার হইলে, দেহ ক্রমে ক্রমে বর্দ্ধিত হওয়াই সাধারণ নিয়ম। কদাচিৎ নাও হইতে পারে প্রাচীর স্থূল হয়। কিন্তু ক্যানসার বিধান বিগলিত হইয়া ক্রমে বহির্গত হইয়া গেলে পাতলা এবং ছিদ্রীভূত হইতে দেখা যায়। যথেষ্ট স্রাব হয়। এই সময়ে সন্নিকটবর্ত্তী যন্ত্রে পীড়া বিস্তৃত হওয়ায় প্রবল লক্ষণ সমূহ উপস্থিত হয়।

লক্ষণ।—গ্রীবার ক্যানসারে যে যে লক্ষণ উপস্থিত হয়, ইহাতেও সেই সেই লক্ষণ উপস্থিত হয়। গ্রীবা অপেক্ষা দেহের পীড়ার বেদনা প্রবল এবং প্রথমেই বেদনা আরম্ভ হয়। গ্রীবা অপেক্ষা দেহের চৈতন্যাধিক্যই ইহার কারণ। পরন্তু জরায়ুগহ্বরে অবস্থিত ক্যানসার গঠন এবং তদ্বিগলিত বিধান অবস্থিত হওয়ায় জরায়ুর আকুঞ্চন জন্যও বেদনা প্রবল হয়। উক্ত স্থল হইতে বহির্গত হইলেই বেদনার হ্রাস হয়। এই জন্যই মধ্যে মধ্যে বেদনার বিরাম হইয়া থাকে।

স্থানিক লক্ষণ।—প্রথমাবস্থায় গ্রীবা সুস্থ থাকে, উভয় হস্তে পরীক্ষায় জরায়ু বৃহৎ ও সঞ্চালনীয় অনুমিত হয়। স্পেকুলম দ্বারা

পরীক্ষা করিলে গ্রীবামুখ হইতে ক্রমশঃ দুর্গন্ধযুক্ত রক্ত রসবৎ স্রাব বহির্গত হইতে দেখা যায়। এই স্রাব সহ বিগলিত মস্তিষ্কবৎ পদার্থ মিশ্রিত থাকে। সাউণ্ড অধিক প্রবেশ করাইয়া ঘুরাইয়া বহির্গত করিলে শোণিতমিশ্রিত স্রাব নির্গত হয়। সাউণ্ড দ্বারা জরায়ুর বর্দ্ধিত আয়তনও অনুমিত হইতে পারে। পীড়া অধিক বিস্তৃত হইলে পেরিটোনাইটিস্ এবং ব্রডলিগামেট আক্রান্ত হওয়ায় জরায়ু আবদ্ধ হয়।

নির্ণয়।—চল্লিশ বৎসরের অধিক বয়স্কা কোন স্ত্রীলোক বেদনা, মধ্যে মধ্যে শোণিত স্রাব, ময়লা রস মিশ্রিত জলবৎ ও দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব এবং তৎপূর্ব্বে এককালীন আর্ত্তব স্রাব বন্ধ হওয়ার বিষয় প্রকাশ করিলে সে কর্কট পীড়াক্রান্তা—এরূপ সন্দেহ করা যাইতে পারে। আভ্যন্তরিক পরীক্ষায় গ্রীবা সুস্থ, ফণ্ডস বৃহৎ, এবং সাউণ্ড সহ দুর্গন্ধযুক্ত অপরিষ্কার স্রাব নির্গত হইলে সন্দেহ আরও প্রবল হয়। গ্রীবা প্রসারিত করিয়া অঙ্গুলী দ্বারা জরায়ুগীবা পরীক্ষা করাই নিরাপদ। জরায়ু-গহ্বরে যে প্রকৃতির ক্যানসার থাকে, তাহা অঙ্গুলি দ্বারা অনুমান করা যাইতে পারে। জরায়ু-গহ্বরের বিগলিত সৌত্রিক অর্ব্বুদ, পলিপস, এবং ফঙ্গস গঠন, ও গর্ভের অবশিষ্ট আবদ্ধ অংশও অঙ্গুলি স্পর্শে ক্যানসার রোগ সহ ভ্রম হইতে পারে। সন্দেহযুক্ত পদার্থ বহির্গত করিয়া তাহার আণুবীক্ষণিক পরীক্ষার ফল এবং ক্যানসারের অন্যান্য লক্ষণ দেখিয়া রোগ নির্ণয় করিবে। জরায়ু ও তৎগহ্বর বৃহৎ, গহ্বরমধ্যে নবজাত কোমল পদার্থ, ও তাহা স্পর্শে শোণিত স্রাব, স্রাবে দুর্গন্ধ, এবং জরায়ু আবদ্ধ থাকিলে সাধারণতঃ ক্যানসার বলা যাইতে পারে। আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় সন্দেহ দূর হয়। পীড়ার প্রথমাবস্থায় গ্রীবা সুস্থ থাকে, জরায়ু তত বৃহৎ হয় না এবং তাহার আকৃতিরও বিশেষ পরিবর্ত্তন হয় না,

পরন্তু অন্যান্য বিশেষ লক্ষণ নাও থাকিতে পারে। এইরূপ স্থলে অণুবীক্ষণিক পরীক্ষার উপর নির্ভর করিতে হয়। ২।৩ স্থানের বিধান পরীক্ষা করা উচিত।

অধিক বয়সে জরায়ুর আভ্যন্তরিক ঝিল্লির প্রদাহ সহ ভ্রম হইতে পারে। এই পীড়ায় রক্ত মিশ্রিত দুর্গন্ধযুক্ত পূয় স্রাব হয়, কিন্তু ক্যানসার পীড়ার ন্যায় বেদনা বা শরীর ক্ষয় হয় না। জরায়ু প্রায়ই বৃহৎ হয় না। পরন্তু গ্রীবা প্রসারিত করিলে আভ্যন্তরিক শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি পরিষ্কার বোধ হয়।

সন্তান হওয়ার বয়সে গর্ভ সংশ্লিষ্ট পদার্থ আবদ্ধ—জন্য উৎপন্ন লক্ষণের সহিত জরায়ুদেহের ক্যানসারের ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু ইহাতে কার্সিনোমার সদৃশ বেদনা বা শরীর ক্ষয় না, স্রাবের সহিত মস্তিষ্ক পদার্থের অনুরূপ পদার্থ বহির্গত হয় না। পরন্তু গ্রীবা প্রসারিত করিয়া গর্ভসংশ্লিষ্ট পদার্থ বহির্গত করিয়া দিলেই আরোগ্য হয়। কিন্তু ক্যানসার পদার্থ বহির্গত করিয়া দিলে সামান্য উপশম হইয়া পুনর্ব্বার প্রবল লক্ষণ সমূহ উপস্থিত হয়।

ফঙ্গস্ এণ্ডোমিট্রাইটিস পীড়ার ইতিবৃত্ত, রোগিণীর বয়স, পীড়ার ভোগকাল, এবং বেদনা ও স্রাবের প্রকৃতি পরীক্ষা করিলেও যদি সন্দেহ ভঞ্জন না হয়, তবে অণুবীক্ষণিক পরীক্ষা করিলেই নিঃসন্দেহ হওয়া যাইতে পারে।

সারকোমা (Sarcoma.)

জরায়ুগঠনের অভ্যন্তরে এবং শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে সারকোমার উৎপত্তি হয়। প্রাচীরের মধ্যে উৎপন্ন হইলে বাহ্যদিকে সৈরিক ঝিল্লির অভিমুখে এবং আভ্যন্তরিক দিকে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অভিমুখে, গুটিকার অনুরূপ হইয়া বর্দ্ধিত হইতে থাকে। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সংযোগ তন্তু হইতে উৎপ

১

বৃ

হইলে জরায়ু-গহ্বরে প্রাচীর সংশ্লিষ্ট ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র গুটিকাবৎ আকৃতিতে অবস্থিত হয়।

এই পীড়া অতি বিরল। কার্সিনোমার অনুরূপ। আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা ব্যতীত উভয়ের পার্থক্য নির্ণয় কঠিন। উভয়েই মারাত্মক এবং চিকিৎসা-প্রণালীও উভয়েরই এক। গ্রীবার সারকোমা কদাচিৎ দেখিতে পাওয়া যায়।

দুই প্রকৃতির সারকোমা—সীমাবদ্ধ, এবং বিস্তারশীল। সীমাবদ্ধ পীড়া পৈশিক তন্তুতে উৎপন্ন হয়। প্রথমে সৌত্রিক অর্ব্বুদের অনুরূপ দেখা যায়, কিন্তু তদপেক্ষা অধিক শোণিতবাহিকা থাকায় উজ্জ্বল রক্তবর্ণ দেখায়; পরন্তু সৌত্রিক অর্ব্বুদ অপেক্ষা কোমল এবং ভঙ্গপ্রবণ। প্রায়ই আবরক কোষ বা বৃন্ত থাকে না। ইহার গঠন বিগলিত হইলে ক্ষত হইয়া স্রাব নিঃসৃত হইতে থাকে। অভ্যন্তরেও তরল পদার্থ থাকিতে পারে। বিস্তারশীল সারকোমা অবিকল ক্যানসারের প্রকৃতি বিশিষ্ট। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে উৎপন্ন হয়। আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা ব্যতীত পার্থক্য নির্ণয় অসম্ভব। জরায়ু-গহ্বরের প্রাচীরে সংলগ্ন অভিনব বর্দ্ধন বিগলিত হইতে দেখা যায়।

জরায়ুগ্রীবায় উৎপন্ন সারকোমা কোমল, ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র গুটিকাবৎ দ্রুত-বর্দ্ধনশীল অভিনব বর্দ্ধন। এতৎসহ স্থানিক শোথের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। অবিকল ক্যানসারের প্রকৃতি বিশিষ্ট। প্রায়শঃ অধিক বয়সে উৎপন্ন হয়। অল্প বয়সে কদাচিৎ হয়।

লক্ষণ।—ক্যানসারের লক্ষণ সদৃশ।—শোণিত স্রাব, দুর্গন্ধযুক্ত রসস্রাব, বেদনা। বেদনা এবং স্রাবের দুর্গন্ধ প্রথমে তত প্রবল না হইতে পারে।

পরিণাম।—আরোগ্য হয় না। আরম্ভ মাত্র পীড়িত বিধান দূরীভূত করিলে পরিণামফল মন্দ না হইতে পারে।

ক্যানসার পীড়ার চিকিৎসা।—ক্যানসারের চিকিৎসা প্রণালী দুই শ্রেণীতে বিভক্ত।—উপশমকারী এবং পীড়ার উচ্ছেদকারী।

সাধারণ এবং উপশমকারী।—পেকুলীনের কটারী, ক্লোরাইড্ অফ্ জিঙ্ক, ক্রোমিক এসিড, পটাশা ফিউজা, নাইট্রিক এসিড, কার্ব্বলিক এসিড, ক্লোরেট অফ্ পটাশ, চাইনটারপেনটাইন (আভ্যন্তরিক), মিথিলিনভায়লেট।

আভ্যন্তরিক প্রয়োগ জন্য অবসাদক।—আভ্যন্তরিক অহিফেন, মর্ফিয়া, নেপেন্থ, ক্লোরাল হাইড্রেট, ক্লোরাল এমিড, ব্রোমাইড, ক্যানাবিন, হায়সায়মাস। স্থানিক—বেলেডোনা-মর্ফিয়াসপোজিটরী, কোকেন, বেদনানিবারক বিবিধ ধৌত।

পচনিবারক ও দুর্গন্ধহারক ধৌত—কণ্ডিজ ফ্লুইড্, ক্লোরাল হাইড্রেট, কার্ব্বলিক এসিড, বোরিক এসিড, আইজল, জিঙ্ক ক্লোরাইড্, সাল্ফোকার্ব্বোলেট অফ্ জিঙ্ক, টিংচার আইওডিন, চিনোসোল।

সঙ্কোচক।—টিংচার ষ্টিল, এলাম, এবং এসিটেট অফ্ লেড।

কোষ্ঠশুদ্ধি।—ক্যানসার পীড়ায় প্রায়ই কোষ্ঠ পরিষ্কার হয় না, মল গুটলী বাঁধে, তজ্জন্য যন্ত্রণা হয়। প্রতিবিধান জন্য সরলান্ত্র পরিষ্কার রাখার জন্য যত্ন করা উচিত। লাবণিক জল, এনিমা প্রয়োগ, কোমল পথ্য এবং আবশ্যক হইলে বিরেচক ঔষধ প্রয়োগ করিবে।

দাহক ঔষধ।—ক্লোরাইড অফ্ জিঙ্ক প্রভৃতি বিবিধ দাহক ঔষধ প্রয়োজিত হইয়া থাকে। অনেকে উগ্র নাইট্রিক এসিড উৎকৃষ্ট বিবেচনা করেন। প্রয়োগপ্রণালী পূর্ব্বেই উল্লেখ করা হইয়াছে। দাহক ঔষধ প্রয়োগ করিলে বেদনার উপশম, শোণিতস্রাব রোধ, এবং ক্ষতের বৃদ্ধি-রোধ হয়। পচননিবারক প্রণালীতে পরিষ্কার করিয়া তৎপর ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত।

অবসাদক বেদনা নিবারক ঔষধ।—বেদনা নিবারণ জন্য

স্থানিক সপোজিটোরী এবং অধস্বাচিক প্রণালীতে ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। কোকেন উভয় প্রণালীতেই প্রয়োগ করা যাইতে পারে। তাহাতে উপকার না হইলে মর্ফিয়া প্রয়োগ করা উচিত। এতদ্দ্বারা বিশেষ উপকার হয়। মধ্যে মধ্যে বন্ধ রাখিয়া পুনর্ব্বার প্রয়োগ করা আবশ্যক। রোগের শেষাবস্থায় বেদনা নিবারণ জন্য মর্ফিয়া বিশেষ উপকারী। পীড়ার প্রথমাবস্থা হইতে ক্রমাগত প্রয়োগ করিলে অভ্যস্ত হওয়ায় শেষে তত উপকার করে না। ক্লোরাল, ব্রোমাইড, ক্যানাবিস ইণ্ডিকা, লুপুলিন, হায়সায়মাস, ক্যাম্ফার মনোব্রোমেট, এবং কোনায়ম প্রভৃতি পূর্ণ মাত্রায় প্রয়োগ করিলে উপকার পাওয়া যায়। রজনীতে বেদনা প্রবল হয়, সুতরাং তাহার অল্প পূর্ব্বে প্রয়োগ করা উচিত। মর্ফিয়া যে কেবল বেদনা নিবারণ করে তাহা নহে, পরন্তু মূত্রাশয় ও সরলান্ত্রের উত্তেজনা হ্রাস করিয়া বিশেষ উপকার করে। এট্রোপিয়া সহ অধস্বাচিক প্রয়োগ উৎকৃষ্ট। এণ্টিপাইরিন, ফ্যানাসিটিন, প্যারালডীহাইড, সালফোন্যাল এবং টাইওনাল প্রভৃতিও প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

শোণিতস্রাব রোধ।—রক্ত-রোধক ট্যাম্পন যোনিমধ্যে প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। এইরূপ ট্যাম্পন ১২ ঘণ্টার অধিক সময় রাখা যাইতে পারে না। উত্তপ্ত জল (১১২—১২০ F) প্রয়োগ করিলেও শোণিতস্রাব রোধ হয়। উত্তপ্ত জলসহ হাইড্রেষ্টিনের তরলসার এবং টিংচার ম্যাটিকো মিশ্রিত করিলে অধিকতর সুফল হয়। আভ্যন্তরিক প্রয়োগ জন্য আর্গট, চাইনটারপেনটাইন, হাইড্রেষ্টিন, ষ্টিপ্টীসিন, এবং তদ্রূপ অন্য ঔষধ প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। আমি বিশল্যকরণীর রস প্রয়োগ করিয়া সুফল লাভ করিয়াছি। বিশল্যকরণীর রস একছটাক মাত্রায় কয়েক বার পান করাইলে শোণিতস্রাব রোধ, উত্তেজনার হ্রাস এবং যন্ত্রণার উপশম হয়।

স্রাব হ্রাস।—জিঙ্ক ক্লোরাইড, (gr x—oj), এসিটেট অফ লেড (ʒi—oj) এবং এলম (ʒii—oj) প্রভৃতির লোশনের ডুস প্রয়োগ করিতে হয়।

দুর্গন্ধ নাশ।—আইওডিন লোশন (ʒii—oj), কার্ব্বলিক এসিড, (১—৪০) পারম্যাঙ্গেনেট অফ্ পটাশ (ʒi—oi) ইত্যাদির ডুস প্রয়োগ উপকারী।

আভ্যন্তরিক প্রযোজ্য ঔষধ।—ক্যানসার অসাধ্য পীড়া; ইহার কোন ঔষধ নাই। পীড়ার সূত্রপাতমাত্র পীড়িত বিধান উচ্ছেদ করা ভিন্ন অন্য কোন উপায়ে বিশেষ সুফল হয় না।

চাইয়েনটারপেনটাইন।—বটিকা বা মিশ্ররূপে সেবন করাইলে পীড়ার বৃদ্ধি রোধ ও বেদনার উপশম এবং শোণিতস্রাব হ্রাস করে সত্য, কিন্তু এই ফল স্থায়ী হয় না। কোন কোন স্থলে কেবল মাত্র শোণিতস্রাব রোধ করে, পীড়ার বৃদ্ধির উপর কোন কার্য্য দেখা যায় না। আর্সেনিক এবং কুইনাইন সহ সেবন করাইলে দুর্ব্বলাবস্থায় উপকার পাওয়া যায়।

পথ্য।—ক্যানসার পীড়ায় শরীর ক্ষয় হইতে থাকে, তজ্জন্য বলকারক পথ্য দেওয়া উচিত।

স্রাবসংস্পর্শে যোনিদ্বার প্রভৃতিতে উত্তেজনা উপস্থিত হইলে জিঙ্ক মলম প্রভৃতি প্রয়োগ করা উচিত।

জরায়ুর ক্যানসারের অস্ত্র চিকিৎসা।—উপশম জন্য সামান্য এবং আরোগ্যার্থে গুরুতর অস্ত্রোপচার প্রয়োজিত হয়। জরায়ুর সন্নিকটবর্ত্তী বিধান আক্রান্ত হইলে, প্রথমোক্ত অস্ত্রোপচার অবলম্বন করিয়া কেবল রোগের যন্ত্রণার উপশম করা হয়। পীড়া কেবল মাত্র গ্রীবার সামান্য অংশে সীমাবদ্ধ থাকিলে পীড়িত বিধানসহ তৎসংলগ্ন সুস্থ বিধানের কিয়দংশ দূরীভূত এবং অধিক দূর বিস্তৃত হইলে সমস্ত জরায়ু উচ্ছেদ করিতে হয়।

সামান্য অস্ত্রোপচার।—পীড়িত বিধান চাঁছা (Scraping) ক্যানসার পীড়ার জন্য জরায়ু আবদ্ধ হইয়া থাকিলে, যদি অত্যন্ত শোণিত স্রাব এবং দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব হইতে থাকে, তবে চাঁছিয়া দিলে অবশ্যই অস্থায়ী উপকার হইবে। রোগিণীকে অচৈতন্য করিয়া পূর্ব্ববর্ণিত প্রণালী ক্রমে পীড়িত বিধান চাঁছা আবশ্যক। ক্যানসার চাঁছার পক্ষে সিমনের তীক্ষ্ণস্পুন উৎকৃষ্ট। চাঁছার পর পেকুলীনের কটারী প্রয়োগ করা হয়। পুরাতন পীড়িত স্থান ও নূতন পীড়িত স্থান সর্ব্বত্রই কটারী প্রয়োগ করা উচিত। দ্রুত বর্দ্ধনশীল পীড়ায় অস্ত্রোপচারের ফল কয়েক সপ্তাহ মাত্র স্থায়ী হয়, কিন্তু যে পীড়া মন্দ গতিতে বিস্তৃত হইতে থাকে, সে স্থলে বৎসরাধিক কাল উপশমিত থাকার সম্ভাবনা। যে স্থলে শোণিত স্রাব এবং দুর্গন্ধ স্রাব অতি সামান্য, সে স্থলে এই অস্ত্রোপচারের কোন আবশ্যকতা দেখা যায় না।

মলমূত্রাশয় এবং যোনি আক্রান্ত হইলে অতি সাবধানে চাঁছা উচিত। চাঁছার সময়ে ঐ সমস্ত যন্ত্রের কোন একটীর প্রাচীর ছিদ্রীভূত হইলে বিষম অনিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি আহত হইলেও অনিষ্ট হয়।

চাঁছার পর কেহ কেহ ক্লোরাইড অফ্ জিঙ্কের ট্যাম্পন বা ব্রোমিনের এলকোহলিক দ্রবের (১—৫) ট্যাম্পন প্রয়োগ করেন। ব্রোমিন দ্রব প্রয়োগ করিতে হইলে দ্রবে তুলা সিক্ত করিয়া তদ্দ্বারা ক্ষতস্থান আবৃত্ত করতঃ কার্ব্বনেট অফ্ সোডা সলিউশন সিক্ত ট্যাম্পন দ্বারা যোনি-গহ্বর পরিপূর্ণ করিতে হয়। ২৪ ঘণ্টা পর সমস্ত বহির্গত করা উচিত। আবশ্যক হইলে ১০।১২ দিবস পর পুনর্ব্বার প্রয়োগ করিবে। এই চিকিৎসা প্রণালীতেও কেবল অস্থায়ী উপকার হয় মাত্র।

মরিন সিমসের মতে ক্লোরাইড জিঙ্ক প্রয়োগ।—(১) যোনির ঊর্দ্ধস্থিত গ্রীবা অংশের পীড়িত বিধান ছুরি, কাঁচি

বা চাচনী দ্বারা দূরীকৃত করতঃ (২) গহ্বর শুষ্ক ও পরিষ্কার করিয়া রক্তরোধক ঔষধ প্রয়োগের উপযুক্ত করিবে। (৩) সব্‌ সালফেট আয়রণ দ্রব বা অত্যুগ্র কার্ব্বলিক জলে চূর্ণ এলমের চূড়ান্ত দ্রব প্রস্তুত ও তদ্দ্বারা তুলা সিক্ত করিয়া এই তুলা দ্বারা যোনির ঊর্দ্ধাংশ পরিপূর্ণ করিয়া নিম্নাংশে কেবল কার্ব্বলিকদ্রবসিক্ত তুলা প্রয়োগ করিবে। পাঁচ দিবস পর ঐ সমস্ত বহির্গত এবং আউন্স করা পাঁচ ড্রামে প্রস্তুত জিঙ্ক ক্লোরাইড দ্রবে সিক্ত তুলা নিংড়াইয়া শুষ্ক করতঃ তদ্দ্বারা জরায়ু-গহ্বর পরিপূর্ণ করিয়া যোনির উর্দ্ধাংশে কার্ব্বনেট অফ্‌ সোডা দ্রবে সিক্ত তুলা প্রয়োগ করিয়া পাঁচ দিবস পর সমস্ত বহির্গত করিবে।

এই প্রণালীতে ক্লোরাইড অফ্‌ জিঙ্ক প্রয়োগ করিলে সমস্ত পীড়িত বিধান বহির্গত হওয়ায় কেবল মাত্র পাতলা কোষবৎ জরায়ুপ্রাচীর অবশিষ্ট থাকে।

এই প্রণালীতে অনেক স্থলে সুফল হয় সত্য, কিন্তু অত্যন্ত যন্ত্রণা হয় এবং ঔষধ কতদূর বিস্তৃত হইবে, তাহাও অনিশ্চিত থাকে।

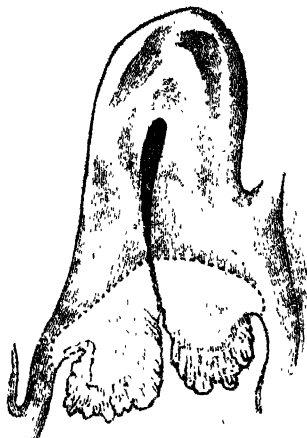
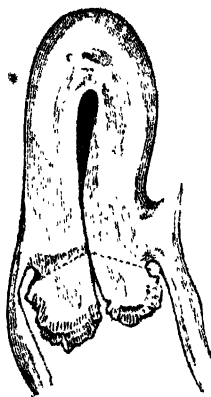
গ্যালভ্যানিক এক্রিয়েজার দ্বারা গ্রীবা উচ্ছেদ — রোগিণীকে উত্তান ভাবে শয়ান করাইয়া অচৈতন্য করতঃ গ্রীবা যোনিদ্বারের বহির্দ্দেশে আনিয়া যতদূর সম্ভব সুস্থ বিধান পর্য্যন্ত গ্রীবার সকল দিক পরিবেষ্টন করাইয়া শীতল তার পরাইবে। তৎপর বৈদ্যুতিক স্রোত পরিচালিত করিয়া ক্রমে ক্রমে তার কষিলে গ্রীবা কর্ত্তিত হইয়া পতিত হইবে। পরিশেষে পচননিবারক রক্তরোধক ট্যাম্পন প্রয়োগ করিতে হয়।

চেইন বা তার এক্রিয়েজার ব্যবহার করিলে ভলসেলা দ্বারা গ্রীবা ধারণ করা উচিত।

নোয়েডারের প্রণালীতে গ্রীবাকর্ত্তন।—গ্রীবার যোনি-স্থিত এবং তদূর্দ্ধস্থিত—এই দুই স্থানে ছুরিকাদ্বারা কর্ত্তন করিয়া গ্রীবা উচ্ছেদ করতঃ কর্ত্তনের উভয় পার্শ্ব একত্র এবং সেলাই দ্বারা সম্মিলিত করা হয়।

ইন্‌ফ্রাভেজাইন্যাল এম্পুটেশন।—কেবলমাত্র গ্রীবার সামান্য অংশ আক্রান্ত হইয়া থাকিলে গ্রীবা উচ্ছেদ প্রণালীতে জরায়ু নিম্নে আনয়ন করতঃ পীড়িত বিধান সহ সুস্থ বিধানের কিয়দংশ উচ্ছেদ করিতে হয়। প্রথমে সম্মুখ ওষ্ঠের সম্মুখে পীড়িত বিধান হইতে প্রায় অর্দ্ধ ইঞ্চ দূরে সুস্থ বিধানে কর্ত্তন করিয়া উর্দ্ধদিকে গভীর করিয়া ওষ্ঠ উচ্ছেদ করিবে। পশ্চাদোষ্ঠও ঐ প্রণালীতে উচ্ছেদ করিতে হয়। পরিশেষে প্রত্যেক কর্ত্তনের কিনারাদ্বয় সেলাই করিয়া একত্র সম্মিলিত করিয়া পচন নিবারক প্রণালীতে গজ ইত্যাদি স্থাপন করিতে হয়।

সুপ্রাভেজাইন্যাল এম্পুটেশন—অর্থাৎ যোনির উপরিস্থিত গ্রীবাংশ উচ্ছেদ।—অস্ত্রোপচারের ২।৩ দিবস পূর্ব্ব হইতে পচননিবারক প্রণালীতে যোনি-গহ্বর পরিষ্কার রাখিয়া অস্ত্রোপচারের সময়েও পুনর্ব্বার পরিষ্কার করিতে হয়। উত্তানভাবে শয়ান করাইয়া পদদ্বয় উদরাভিমুখে লইয়া জরায়ু-গ্রীবায় ভলসেল্লা বিদ্ধ করিয়া যোনিদ্বারের বহির্দ্দেশে আনিয়া নিম্নাভিমুখে আকর্ষণ করিয়া রাখিবে। গ্রীবার সম্মুখে পীড়িত বিধান হইতে অন্ততঃ অর্দ্ধ ইঞ্চ ব্যবধানে সম্মুখ কুলডিস্যাকের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে অনুপ্রস্থভাবে কর্ত্তন করিয়া গ্রীবার সম্মুখ প্রদেশ হইতে মূত্রাশয় পৃথক্ করিবে। এই স্থানের সংযোগ বিধান শিথিল বিধায় ছুরিকার মুষ্টি বা অঙ্গুলি দ্বারা সহজে বিযুক্ত করা যাইতে পারে। মূত্রাশয় মধ্যে শলাকা প্রবেশ করাইয়া রাখিলে সহজেই মূত্রাশয় নির্ণয় এবং ব্যবধানে রাখা যাইতে পারে। গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের সম্মুখের সমসূত্র পর্য্যন্ত অংশের মূত্রাশয় এবং উভয় পার্শ্বের কিঞ্চিৎ বিধান বিযুক্ত করিলেই ইউরিটার সঙ্কুচিত হইয়া অস্ত্রোপচারক্ষেত্র হইতে স্থানান্তরিত হয়। এই সময়ে গ্রীবা সম্মুখাভিমুখে উত্থিতাবস্থায় রাখিয়া পশ্চাৎ কুলডিস্যাকের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে অনুপ্রস্থ কর্ত্তন করিয়া সরলান্ত্র হইতে জরায়ুর সংযোগ বিযুক্ত করিতে হয়।

এই কর্ত্তন বৃদ্ধি করিয়া সম্মুখের কর্ত্তনের সহিত সম্মিলিত করা আবশ্যক। পার্শ্বদিকে কেবল মাত্র শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি সাবধানে বিযুক্ত করিতে হয়। পশ্চাদ্দিকের

জরায়ু গ্রীবার ক্যানসার।

১৪৬তম চিত্র।—ইনফ্রাভেজাইন্যাল এম্পুটেশন অর্থাৎ যোনিস্থিত গ্রীবার নিম্নাংশ উচ্ছেদ। ......চিহ্ন কর্ত্তনের স্থান নির্দ্দেশক।

জরায়ু গ্রীবার ক্যানসার।

১৪৭তম চিত্র।—সুপ্রাভেজাইন্যাল এম্পুটেশন অর্থাৎ যোনির ঊর্দ্ধস্থিত গ্রীবাংশ উচ্ছেদ। ......চিহ্ন কর্ত্তনের স্থান নির্দ্দেশক। এই স্থান গ্রীবার অভ্যন্তর মুখের সন্নিকটবর্ত্তী।

যোনি-প্রাচীরের কুলডিস্যাক মধ্যে কর্ত্তন করিয়া যোনি-প্রাচীর হইতে পেরিটোনিয়ম বিযুক্ত করার সময়ে সাবধান হইতে হয়। এই কার্য্য অত্যন্ত কষ্টসাধ্য। পেরিটোনিয়ম যাহাতে কর্ত্তিত না হয়, তৎসম্বন্ধে সতর্ক হইতে হয়। প্রথমে এই স্থানের উক্ত ঝিল্লি নির্ণয় করা সহজ নহে—কিন্তু বিযুক্ত করার সময়ে সটান হইলে নীলের আভাযুক্ত স্বচ্ছ গঠন দৃষ্টে তাহা স্থির করা যাইতে পারে। সহসা ঝিল্লি কর্ত্তিত হইলে সেলাই দ্বারা তাহা বন্ধ করা উচিত। পশ্চাদংশের অধিক দূর পর্য্যন্ত বিযুক্ত করিতে হইলে অনেক সময়ে উক্ত ঝিল্লি অক্ষত রাখিয়া বিযুক্ত করা অত্যন্ত কষ্টকর হইলে বাধ্য হইয়া কর্ত্তন করিতে

হয়। ঝিল্লি বিযুক্ত হইলে সংযোগ তন্তু বিযুক্ত করিয়া পৃথক্ করিতে হয়। সম্মুখাপেক্ষা এই স্থানের সংযোগ তন্তু ঘন সন্নিবিষ্ট, তজ্জন্য বিযুক্ত করা তত সহজসাধ্য নহে। গ্রীবার উভয় পার্শ্বের কৌষিক বিধানও ঘন সন্নিবিষ্ট এবং তৎস্থান দিয়াই জরায়ুর শোণিত বাহিকা গমন করিয়াছে; সুতরাং এই অংশ বিযুক্ত করার সময়ে সাবধান হইয়া কার্য্য করিতে হয়। প্রথমে জরায়ুর শোণিত বাহিকা বন্ধন করিয়া তৎপর উক্ত বন্ধন ও জরায়ু এই উভয়ের মধ্যে কাঁচিদ্বারা কর্ত্তন করা উচিত। এনিউরিজম নিডলে কার্ব্বলাইজড দৃঢ় রেশম সূত্রে প্রবেশ করাইয়া পশ্চাৎ হইতে উর্দ্ধদিক দিয়া সম্মুখাভিমুখে সূত্রে প্রবেশ করাইয়া দৃঢ়ভাবে বন্ধন করিবে। অধিক অংশ দূরীভূত করিতে হইলে ব্রড লিগামেণ্টেরও অধিকাংশ পরিবেষ্টন করিয়া বন্ধন করা আবশ্যক। জরায়ুর এবং বন্ধনের মধ্যে এ পরিমাণ বিধান মধ্যবর্ত্তী রাখিয়া বন্ধন করিবে যে, কর্ত্তনের পর বন্ধন শিথিল না হইতে পারে। উভয় পার্শ্বে এইরূপে বন্ধন করিয়া সমস্ত সংযোগ বিধান বিযুক্ত করিলেই গ্রীবা পৃথক্ হয়। এইরূপে শোণিত বাহিকা বন্ধন করিলে কেবল যে, পার্শ্ব কর্ত্তন সময়েই শোণিতস্রাব নিবারিত হয় তাহা নহে, পরন্তু জরায়ু বিধান কর্ত্তনের সময়েও শোণিতস্রাব অল্প হইতে পারে। ছুরিকা দ্বারা গ্রীবার সম্মুখ প্রাচীরের পীড়িত বিধানের উর্দ্ধে সুস্থ বিধানে কর্ত্তন করিয়া গ্রীবারন্ধ্র পর্য্যন্ত বিভক্ত করিবে। যোনিপ্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির কর্ত্তনের পার্শ্ব হইতে—মধ্যরেখায়—কর্ত্তিত ক্ষতের তলদেশ—জরায়ু বিধানের যথোপযুক্ত অংশ ভেদ করিয়া গ্রীবারন্ধ্র মধ্য দিয়া শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি বিদ্ধ করিয়া সূচিকা দ্বারা দৃঢ় সূত্র প্রবেশ করাইবে। গ্রীবার পশ্চাদংশও এই প্রণালীতে কর্ত্তন এবং তৎপর সূত্র প্রবেশ করাইবে। পরিশেষে উভয় সূত্রই পরস্পর পৃথক্‌ভাবে আকর্ষণ করিয়া গ্রন্থি বন্ধন করিবে। উভয় পার্শ্বেও গভীর সূত্র ভেদ করিয়া অপর দুইটী বন্ধন করিবে। এইরূপে বন্ধন করিলে শোণিতস্রাব রোধ হয়। কোন নির্দ্দিষ্ট স্থান হইতে শোণিতস্রাব হইতে থাকিলে তাহা পৃথক্‌ভাবে বন্ধন করা উচিত।

পরবর্ত্তী চিকিৎসা।—অতি সহজ। কেবল পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন—দৈনিক ৩।৪ বার অমুগ্র ঔষধ—কার্ব্বলিক জল বা, কণ্ডিজ ফ্লুইড দ্বারা পিচকারী, বেদনা নিবারণ জন্য অহিফেন, ছয় ঘণ্টা পর পর রবারের ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করান, কোষ্ঠ বদ্ধ রাখা এবং তরল পোষক পথ্য

প্রয়োগ করা। ৪।৫ দিবস পরেই লাবণিক বিরেচক দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার করিতে হয়। আবশ্যক হইলে সুরা ব্যবস্থা করিবে।

উপসর্গ।—শোণিতস্রাব, সেলুলাইটিস, পেরিটোনাইটিস, ইউটিরাইন সিম্ফেন্জাইটিস ইত্যাদি উপস্থিত হওয়া মাত্র তৎক্ষণাৎ তাহার যথোচিত চিকিৎসা করা উচিত।

কোন্ অবস্থায় কি অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য ?

এই অস্ত্রোপচারে (১) সমগ্র গ্রীবা—এমন কি,আবশ্যক হইলে জরায়ু গঠনের অল্প অংশ এবং যোনির উর্দ্ধাংশের কিয়দংশ দূরীভূত করিতে হয়। সুতরাং সমস্ত জরায়ু উচ্ছেদ অস্ত্রোপচার অপেক্ষা কষ্ট-সাধ্য। (২) গ্রীবার সামান্য মাত্র অংশ আক্রান্ত হইলেই এই অস্ত্রোপচারে সুফল হইতে পারে। অধিক অংশ আক্রান্ত হইলে কোন উপকার হয় না। পরন্তু কত দূর আক্রান্ত—তাহা স্থির করাও সহজ নহে। (৩) অধিক বিধান দূরীভূত করিলে শোণিত স্রাবের আশঙ্কা থাকে, তদ্রূপ শোণিত স্রাব বন্ধ করাও সহজ নহে। কারণ এইরূপ অস্ত্রোপচারে কেবল মাত্র জরায়ুর ধমনী বন্ধন করা হয়, অণ্ডাধারের ধমনী বন্ধন করা হয় না। (৪) এইরূপ অস্ত্রোপচারে কর্ত্তনের উভয় কিনারা একত্র করতঃ জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সহিত সেলাই করা অত্যন্ত কঠিন। (৫) কর্ত্তিত ক্ষত পীড়িত বিধান সংলগ্ন হইলে তৎপথে ক্যানসার রোগ জীবাণু প্রবেশ করায় পুনর্ব্বার পীড়া উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। (৬) জরায়ু সমগ্র এবং আংশিক উচ্ছেদের পরিণামফল সমতুল্য। (৭) যে বয়সে সাধারণতঃ ক্যানসার হয়, সে বয়সে জরায়ুর প্রধান কার্য্য—সন্তান ধারণ-শক্তি থাকে না। উচ্ছেদের পর অন্তঃসত্ত্বা হইলে ক্ষত শুষ্কের কঠিনতার জন্য প্রসবে বিঘ্ন হয়। এই সমস্ত বিবেচনা করিলে ক্যানসারগ্রস্ত সমগ্র জরায়ু উচ্ছেদ করাই সৎপরামর্শ সিদ্ধ।

কেবল ওষ্ঠের সামান্য মাত্র অংশ আক্রান্ত হইলেই গ্রীবা উচ্ছেদ উচিত।

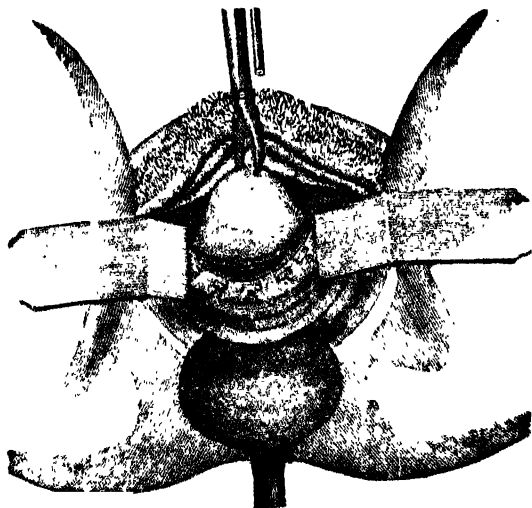
যখন পীড়া গ্রীবার অধিক অংশে বিস্তৃত অথবা ঊর্দ্ধাংশে আরম্ভ, জরায়ু সঞ্চালনশীল, ভলসেলা বিদ্ধ ও আকর্ষণ করিয়া নিম্নে আনা যায়, মলদ্বার মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইলে ইয়ুটেরোসেক্রাল বন্ধনী স্থূল বোধ না হয়, জরায়ু সংলগ্ন অন্য বিধানও আক্রান্ত নহে, কটির বা কুঁচ্‌কীর কোন গ্রন্থি স্ফীত নহে, এবং রোগিণীর বয়স ৪০—৫৫ বৎসরের মধ্যে হয়, তখন সম্পূর্ণ জরায়ু উচ্ছেদ করা উচিত। অন্যথা কেবল মাত্র উপশমকারী চিকিৎসার আশ্রয় লইবে।

৫৫ বৎসর বয়সের পর ক্যান্‌সার হইলে, জরায়ু উচ্ছেদ করা নিষ্প্রয়োজন। কারণ, ঐ বয়সের পর ক্যান্‌সার অতি মৃদু গতিতে বৃদ্ধি পায়; সুতরাং অস্ত্রোপচার করিলে যত দিবস জীবিত থাকার সম্ভাবনা, অস্ত্র না করিয়া উপশমকারক চিকিৎসাতেও তত দিবস জীবিত থাকার সম্ভাবনা।

কল্পোহিষ্টেরেক্‌টমী অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে যে যে লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে অস্ত্রোপচার নিষেধ, তৎসম্বন্ধে নিঃসন্দেহ হওয়ার জন্য ক্লোরফরম দ্বারা চৈতন্য হরণ করতঃ উভয় হস্তের, মলদ্বারের এবং জরায়ু আকর্ষণ পরীক্ষা করিয়া তৎপর কর্ত্তব্য স্থির করা বিধি। অস্ত্রোপচারের কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতেই স্থানিক আইডোফরমগজ ইত্যাদি পচন নিবারক ঔষধ প্রয়োগ এবং পীড়িত বিধান চাঁচিয়া পরিষ্কার করিতে হয়।

কল্পোহিষ্টেরেক্টমী অস্ত্রোপচার দ্বারা সমগ্র জরায়ু উচ্ছেদ।— পূর্ব্বোক্ত প্রণালীতে অস্ত্রোপচার করিয়াই সমগ্র জরায়ু উচ্ছেদ করা যাইতে পারে।

জরায়ু-গ্রীবায় ভলসেলা বিদ্ধ, নিম্নে আকর্ষণ, রিট্রাক্টার দ্বারা যোনি প্রসারিত এবং গ্রীবা ঊর্দ্ধাভিমুখে স্থাপনের পর পশ্চাৎ কুলডি-স্যাকে যোনিপ্রাচীরে অর্দ্ধবৃত্তাকারে কর্ত্তন ও

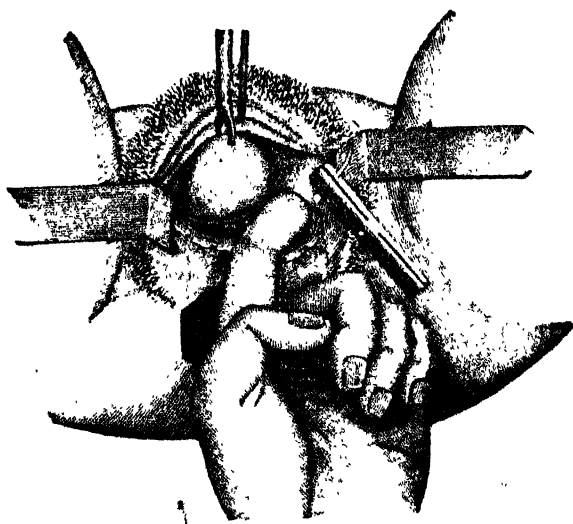
পেরিটোনিয়মের অংশ পর্য্যন্ত বিযুক্ত করিয়া গ্রীবা পৃথক্ করতঃ যোনির কর্ত্তনের কিনারার সহিত পেরিটোনিয়ম ঘন ঘন সেলাই দ্বারা ও বন্ধন করিয়া আবদ্ধ, সাবধানে জরায়ুর পশ্চাৎ প্রদেশ হইতে সরলান্ত্র বিযুক্ত, কর্ত্তনের উভয় পার্শ্বের কোণের মধ্যে পার্শ্ব কুলডি-স্যাকের অভ্যন্তরে বডলিগামেণ্টের মূলদেশ বেষ্টন করিয়া তৎসহ জরায়ুর ধমনী বা তাহার অধঃশাখা বন্ধন—পার্শ্ব কুলডিস্যাকের কর্ত্তনের কোণের মধ্যে তর্জ্জনী অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া ব্রডলিগামেণ্টের মূল নিম্নাভিমুখে আকর্ষণ—কর্ত্তনের কোণ হইতে অর্দ্ধ ইঞ্চ

ভেজাইন্যাল হিষ্টেরেকটমী।

১৪৮তম চিত্র।—সোয়েডারের অস্ত্রোপচার।—পশ্চাৎ কুলডিস্যাকে অর্দ্ধবৃত্তাকার কর্ত্তন করার পর পেরিটোনিয়ম সহ যোনিপ্রাচীরের কর্ত্তন ঘন ঘন সেলাই দ্বারা আবদ্ধ করিয়া তৎপর জরায়ুর পশ্চাৎ পার্শ্ব বিযুক্ত করার প্রণালী।

ব্যবধানে সসূত্র সূচিকা ধমনীর ঊর্দ্ধদিয়া সম্মুখ হইতে পশ্চাদ্দিকে লইয়া অঙ্গুলীর অগ্র দ্বারা তাহা অনুভব করতঃ বন্ধনীমূলের নিম্ন দিয়া প্রবেশ-রন্ধ্রের সিকি ইঞ্চ ব্যবধানে বহির্গত করিয়া লইলে যোনির পার্শ্ব কুল-ডিস্যাকের সিকি ইঞ্চ পরিমাণ বিধান পরিবেষ্টিত হয়।

তৎপর দৃঢ়ভাবে গ্রন্থি বন্ধন করিয়া উভয়পার্শ্বে আরও দুইটী গিরা দিয়া নিঃসন্দেহ হইবে। অপর পার্শ্বেও এই প্রণালীতে বন্ধন করিতে হয়।

গ্রীবা নিম্নাভিমুখে রাখিয়া সম্মুখ কুল-ডিস্যাকে—যোনিপ্রাচীরে অর্দ্ধবৃত্তাকার কর্ত্তন করিয়া প্রথমের অর্দ্ধবৃত্তাকার কর্ত্তনের সহিত মিল করিয়া দিবে। অঙ্গুলী দ্বারা মূত্রাশয় পৃথক্ করিয়া পেরিটোনিয়ম পর্য্যন্ত সমস্ত অংশ বিযুক্ত, এবং সম্ভব হইলে পেরি-টোনিয়ম সহ যোনি কর্ত্তনের কিনারা একত্র করিয়া সেলাই দ্বারা সম্মিলিত করিবে।

ভেজাইন্যাল হিষ্টেরেকটমী।

১৪৯তম চিত্র।—সোরেডারের অস্ত্রোপচার।—ডগলাসপাউচ উন্মুক্ত করিয়া জরায়ুর পার্শ্বস্থিত বিধান বন্ধন করার নিয়ম। ব্রড লিগামেণ্ট হইতে শোণিতস্রাব রোধ করার জন্য জরায়ুর ধমনী বন্ধন করার প্রণালী।

গ্রীবা হইতে ভুলসেলা খুলিয়া লইয়া ফণ্ডসে বিদ্ধ এবং সম্মুখাভিমুখে আকর্ষণ করিলেই জরায়ু উল্টিয়া—গ্রীবা পশ্চাদ্দিক দিয়া ঘুরিয়া ঊর্দ্ধে এবং ফণ্ডস সম্মুখ দিয়া নিম্নে আসিলেই ব্রডলিগামেণ্টের ঊর্দ্ধধার নিম্নে এবং নিম্নধার ঊর্দ্ধে যাইবে। পেরি-টোনিয়ম ইত্যাদির সহিত সমস্ত আবদ্ধ অংশ উত্তমরূপে বিযুক্ত করার পর ফণ্ডস নিম্নে

আনয়ন করা উচিত। প্রত্যেক পার্শ্বের লিগামেণ্ট বন্ধন করিতে হয়। চেইন লিগেচার না দিয়া স্বতন্ত্র ভাবে বন্ধন করা উচিত। সর্ব্ব নিম্ন বন্ধনের ব্রডলিগামেন্টের সহিত যোনির কর্ত্তনের কোণ একত্র করিয়া বন্ধন করার পর জরায়ু বহির্গত করিতে হয়। পরিশেষে যোনির কর্ত্তনের পার্শ্বদ্বয় একত্র করিয়া সূত্র প্রবেশ করাইয়া অল্প সন্নিকটবর্ত্তী করিয়া বন্ধন ও আইডোফরমগজ ইত্যাদি স্থাপন করিলেই অস্ত্রোপচার শেষ হইল। কোন প্রতিবন্ধকতা উপস্থিত না হইলে চতুর্থ দিবসে গজ পরিবর্ত্তন করা উচিত। অত্যধিক শোণিত সিক্ত হইলে, অল্প সময় মধ্যে গজ পরিবর্ত্তন করিতে হয়।

অনেকে যোনির উভয় পার্শ্বের কর্ত্তনের পার্শ্বদ্বয় একত্র সেলাই করিয়া কর্ত্তনবদ্ধ করতঃ রবারের বা কাচের ড্রেণেজটিউব স্থাপন করেন। আর্ত্তব স্রাবের বয়সে বা কর্ত্তনের সময়ে অণ্ডাধার ইত্যাদি কর্ত্তনের মধ্যে উপস্থিত হইলে তাহাও উচ্ছেদ করিতে হয়। দূরীভূত না করিলেও উক্ত যন্ত্র ক্ষয় হইয়া যাওয়ার সম্ভাবনা।

এক সপ্তাহ অতীত হইলে অতি সাবধানে মৃদুভাবে যোনিমধ্যে পচন নিবারক ডুস প্রয়োগ করা যাইতে পারে। তিন সপ্তাহ পর রোগিণী শয্যা পরিত্যাগ করিতে পারে। এই সময়েই যোনির কর্ত্তনের বন্ধন-সূত্র সমূহ ক্রমে ক্রমে বহির্গত করা উচিত।

প্রথম ২৪ ঘণ্টাকাল কেবলমাত্র তরল পথ্য দিবে। বমন নিবারণ জন্য বরফ ব্যতীত অপর কিছুই দেওয়া উচিত নহে।

যোনি বা যোনিদ্বার সঙ্কীর্ণ বোধ হইলে পেরিনিয়মে কর্ত্তন করিয়া পথ প্রশস্ত এবং অস্ত্রোপচার অন্তে পুনর্ব্বার সেলাই দ্বারা বদ্ধ করিতে হয়। জরায়ু খণ্ড খণ্ড করিয়াও বহির্গত করা যাইতে পারে।

অস্ত্রকালীন দুর্ঘটনা।—শোণিত স্রাব, ইউরিটার আহত, মূত্রাশয়ে ও সরলান্ত্রে রন্ধ্র। প্রত্যেক বিষয়ে সতর্ক হইয়া কার্য্য করিলে এই সমস্ত দুর্ঘটনা কদাচিৎ উপস্থিত হয়।

অস্ত্রোপচার অন্তে মৃত্যুর কারণ।—অস্ত্রোপচারের ধাক্কা, ইউরিমিয়া, শোণিতস্রাব এবং শোণিতদুষ্টতা।

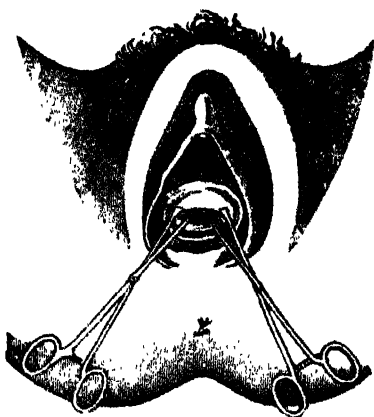
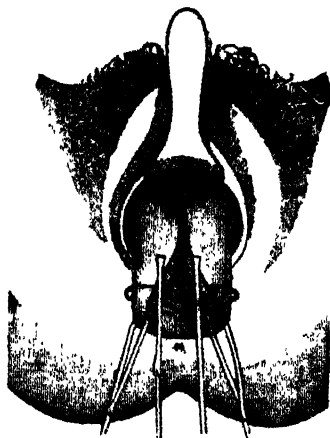
মূত্রে অণ্ডলাল বর্ত্তমান থাকিলে বা কঠিন পদার্থের পরিমাণ হ্রাস হইলে জরায়ুর উচ্ছেদ অনুচিত।

ভেজাইন্যাল হিষ্টেরেকটমী অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে যাহা বর্ণিত হইল, অনেক চিকিৎসক তাহার অনেক পরিবর্ত্তন করিয়া অস্ত্রোপচার করেন।

ডয়েনের প্রণালীতে যোনিপথে জরায়ু উচ্ছেদ (Doyen's method of vaginal Hysterectomy)—পচননিবারক প্রণালীতে ধৌত, চাঁছা এবং গজ ইত্যাদি প্রয়োগ করিয়া রোগিণীকে প্রস্তুত করিতে হয়। দুই দিবস পূর্ব্ব হইতে বায়ুপূর্ণ গোলা প্রবেশ করাইয়া যোনি প্রণালী প্রসারিত করা আবশ্যক। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে মল মূত্রাশয় পরিষ্কার এবং যোনি ধৌত করিয়া উত্তানভাবে স্থাপন করতঃ অস্ত্রোপচার সম্পাদন করা আবশ্যক।

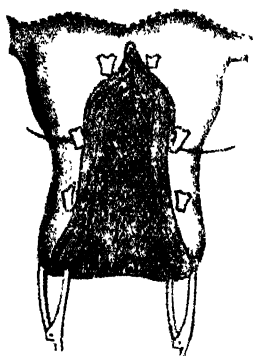
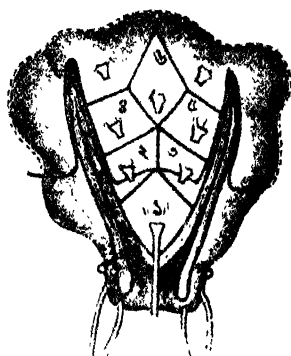
গ্রীবার দুইপার্শ্বে দুইটী দৃঢ় ভলসেলা বিদ্ধ করিয়া জরায়ু নিম্নে আনয়ন করতঃ গ্রীবার সকল পার্শ্ব বেষ্টন করিয়া কাঁচি দ্বারা কুল-ডিস্থাক মধ্যে বৃত্তাকার কর্ত্তন করিবে। ডগলাসের পাউচ মধ্যে তর্জ্জনী অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া পশ্চাদ্দিক হইতে জরা.: বিযুক্ত করিবে। এই সময়ে সংযোগাদি আছে কি না, পরীক্ষা করা উচিত। সম্মুখ দিকেও অঙ্গুলী দ্বারা সাবধানে মূত্রাশয় বিযুক্ত করিবে। এই সময়ে ইউরিটার অক্ষত রাখার জন্য বিশেষ সতর্ক হওয়া উচিত। আকর্ষণ করতঃ জরায়ু আরও নিম্নে আনিয়া তাহার সম্মুখ ও পশ্চাতের আবদ্ধাবস্থা বিমুক্ত করিবে। রিট্রাক্টার দ্বারা সম্মুখের যোনিপ্রাচীর উর্দ্ধাভিমুখে আকর্ষিত করিয়া রাখিবে। জরায়ুর সম্মুখ প্রাচীরে মধ্যরেখার নিম্ন হইতে উর্দ্ধদিকে কর্ত্তন করিয়া দ্বিধা বিভক্ত করিবে। কর্ত্তনের উভয় পার্শ্বে এক একটী ক্ল্যাম্প ফরসেপস দ্বারা গ্রীবা ধারণ করতঃ আকর্ষণ করিয়া জরায়ু আরও নিম্নে আনিবে। মধ্য রেখার কর্ত্তন কাঁচি দ্বারা নিম্ন হইতে উর্দ্ধাভিমুখে পরিবর্দ্ধিত করিয়া জরায়ুর উর্দ্ধাংশ ফণ্ডস্ পর্য্যন্ত লইয়া যাইবে। এই সময়ে দ্বিতীয় বারে যে স্থানে ফরসেপস প্রয়োগ করা হইয়াছিল, তদপেক্ষা উর্দ্ধে আরও দুইটী ফরসেপস বিদ্ধ করিয়া কর্ত্তনের সুবিধার জন্য উভয় পার্শ্ব পৃথক্ করিয়া রাখা উচিত।

জরায়ু বৃহৎ কিম্বা যোনি সঙ্কীর্ণ হইলে অনুলম্ব দীর্ঘ কর্ত্তনের পরিবর্ত্তে V আকৃতির কর্ত্তন করা উচিত। V আকৃতির কর্ত্তনের মধ্যস্থিত ১, ২, ৩, ৪ প্রভৃতি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অংশ ফরসেপস দ্বারা ধরিয়া কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করাই সুবিধা।

মধ্যরেখার কর্ত্তন মূত্রাশয় জরায়ুর সংলগ্ন পেরিটোনিয়ম পর্য্যন্ত উপস্থিত হইলেই কাঁচি দ্বারা তাহা কর্ত্তন করিয়া কর্ত্তনের মধ্যে কাঁচির ফলকদ্বয় বিস্তৃত করিলেই রন্ধ্র প্রসারিত হয়।

১৪০তম চিত্র।—ডায়েনের প্রণালীতে হিষ্টেরেকটমী অস্ত্রোপচারে গ্রীবায় ভলসেলা বিদ্ধ করিয়া আকর্ষণ এবং গ্রীবার সকল-দিক পরিবেষ্টন করিয়া কর্ত্তন প্রণালী।

১৪১ তম চিত্র।—জরায়ু বহির্গত করিয়া সম্মুখ প্রাচীর কর্ত্তন এবং অপর ফরসেপস্ দ্বারা আকর্ষণ করার প্রণালী।

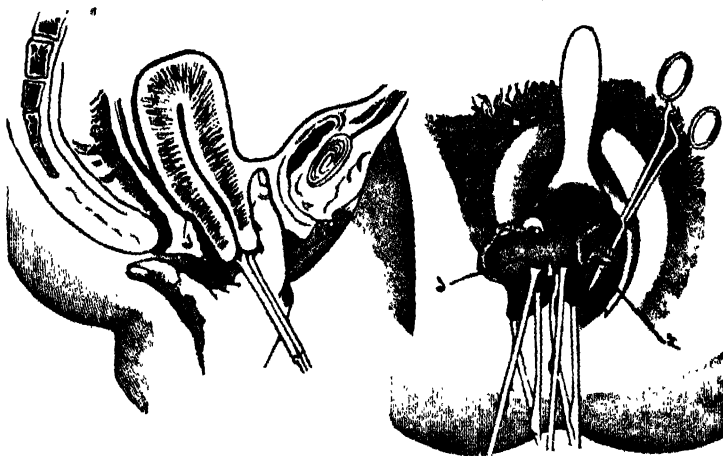
অগ্র পশ্চাতের সমস্ত আবদ্ধাবস্থা—পেরিটোনিয়ম্ বিযুক্ত হওয়ায় এই সময়ে ফণ্ডসে ভলসেলা বিদ্ধ করিয়া আকর্ষণ করিলেই জরায়ু ঘুরিয়া আসিতে পারে। কেবল উভয় পার্শ্বের ব্রড লিগামেণ্ট সহ জরায়ু আবদ্ধ থাকে। এই সময়ে জরায়ু আকর্ষণ করিয়া যোনিদ্বারের বহির্দ্দেশে আনিতে হয়।

বাম পার্শ্বের ব্রডলিগামেণ্টের সম্মুখে—মূত্রাশয়ের পশ্চাৎ দিয়া অঙ্গুষ্ঠ এবং ব্রড-লিগামেণ্টের পশ্চাৎ—সরলান্ত্রের সম্মুখ দিয়া তর্জ্জনী চালিত করিয়া লিগামেণ্টের উর্দ্ধাংশের

উপর পর্য্যন্ত লইয়া অঙ্গুলীদ্বয়ের অগ্র একত্র স্পর্শ করিবে। এই অঙ্গুলীদ্বয়ের মধ্যে উক্ত লিগামেণ্ট ব্যতীত অপর কোন গঠন না আসিতে পারে, তৎসম্বন্ধে সতর্ক হইবে। অঙ্গুলীর স্থিতি অনুযায়ী ডায়নের স্থিতিস্থাপক ক্ল্যাম্পফরসেপ্‌সের এক ফলক লিগামেণ্টের সম্মুখ দিয়া এবং অপর ফলক পশ্চাৎ দিয়া উর্দ্ধ হইতে নিম্নাভিমুখে চালাইয়া এমত ভাবে লিগামেণ্ট সঙ্কাপিত করিয়া ধারণ করিবে যে, তাহার ফলকদ্বয়ের মধ্যে অপর কোন গঠন ব্যতীত কেবল মাত্র লিগামেণ্টের উর্দ্ধ কিনারা হইতে অধঃ কিনারা পর্য্যন্ত সমস্ত অংশ দৃঢ়রূপে সঙ্কাপিত হয়। অণ্ডাধার ইত্যাদি সহ জরায়ু দূরীভূত করিতে

১৫২ তম চিত্র।—সম্মুখ প্রাচীরের কর্ত্তন পরিবর্দ্ধিত করিয়া ফণ্ডস পর্য্যন্ত কর্ত্তন প্রণালী।

১৫৩তম চিত্র।—V আকৃতি কর্ত্তন পূর্ব্বক V এর মধ্যস্থিত জরায়ুর বিধান খণ্ডে খণ্ডে বিভক্ত—১, ২, ৩, ৪, ৫, এবং ৬ অংশ সমূহ ক্রমে ক্রমে বহির্গত করার প্রণালী।

হইলে উক্ত ফরসেপ্‌সের অভ্যন্তরে অর্থাৎ উক্ত ফরসেপস এবং জরায়ু এই উভয়ের মধ্যে অপর একটী ক্ষুদ্র ফরসেপ্‌স প্রবেশ করাইয়া সঙ্কাপিত করা আবশ্যক। এই ফরসেপ্‌সের অভ্যন্তর অংশে ব্রড লিগামেণ্ট কর্ত্তন করিলেই জরায়ুর বাম পার্শ্বের সংযোগ বিযুক্ত হইল। পরিশেষে উক্ত প্রণালীতেই দক্ষিণ পার্শ্বের লিগ্যামেণ্ট কর্ত্তন করিলেই জরায়ুর সমস্ত সংযোগ বিচ্ছিন্ন হওয়ায় তাহা পতিত হয়।

ডায়নের স্থিতিস্থাপকক্ল্যাম্প ফরসেপ্‌সের মুষ্টি উর্দ্ধ হইতে অর্দ্ধ চক্রে ঘুরাইয়া নিম্নে আনয়ন করিলেই ব্রড লিগামেণ্ট মোচড়াইয়া ফরসেপ্‌সের ফলকদ্বয় যোনির অক্ষ রেখায় অবস্থিত হয়। উভয় ফরসেপ্‌সের মধ্য দিয়া একখণ্ড স্পঞ্জ প্রবেশ করাইয়া পরিষ্কার করতঃ

কোন স্থান হইতে শোণিতস্রাব হইতে দেখিলে সেই স্থান বন্ধন করিয়া শোণিতস্রাব রোধ করিতে হয়। পরিশেষে উভয় ফরসেপসের মধ্য দিয়া আইওডোফরমগজের ট্যাম্পন এবং ফরসেপসের পার্শ্ব সংলগ্ন জন্য যোনি আহত হওয়ার প্রতিবিধান উদ্দেশ্যে তৎস্থানে আইওডোফরমগজ স্থাপন করিলেই অস্ত্রোপচার শেষ হইল।

১৫৪ তম চিত্র।—ডায়নের হিষ্টেরেক্টমী অস্ত্রোপচারে অঙ্গুলী দ্বারা মূত্রাশয় হইতে জরায়ু বিযুক্ত করার প্রণালী। ১—ডগলাসের পাউচে কর্ত্তন।

১৫৫ তম চিত্র।—ডায়নের হিষ্টেরেক্টমী অস্ত্রোপচারে জরায়ু উল্টাইয়া ফণ্ডস সম্মুখে আনয়ন করতঃ বাম ব্রডলিগামেণ্টে ক্ল্যাম্প ফরসেপস প্রয়োগ প্রণালী। ১—জরায়ুর ফণ্ডস। ২—ঊর্দ্ধ হইতে নিম্নাভ্যন্তরাভিমুখে ব্রডলিগামেণ্টধাত্রী ক্ল্যাম্প ফরসেপ্‌স।

৪৮ ঘণ্টা পর বড় ফরসেপ্‌স এবং তৎপর দিবস ছোট ফরসেপ্‌স বহির্গত ও তৎপর দিবস আইওডোফরমগজ পরিবর্ত্তিত ও অনুত্তেজক মৃদু প্রকৃতির ডুস প্রয়োগ করা আবশ্যক। মধ্যে মধ্যে রবারের নল প্রবেশ করাইয়া প্রস্রাব করাইতে হয়। ব্রডলিগামেণ্ট মোচড়াইয়া যাওয়ায় প্রবল বেদনা হইতে পারে। তৎপ্রতিবিধান জন্য মর্ফিয়া প্রয়োগ করিবে। তিন সপ্তাহ পরেই যোনির ছাদের ক্ষত শুষ্ক হইয়া কঠিন হইলে তৎপর রোগিণী শয্যা পরিত্যাগ করিতে পারে।

ব্রডলিগামেণ্ট (১) বন্ধন এবং (২) সঞ্চাপিত করিয়া অস্ত্রোপচার—এই উভয়েরই সুবিধা এবং অসুবিধা প্রায় সমান। প্রথমোক্ত অস্ত্রোপচারে শোণিতস্রাবের আশঙ্কা থাকে না। কিন্তু বন্ধন করা অত্যন্ত কঠিন, অত্যন্ত সময় ব্যয় এবং বিধান সমস্ত অধিক অঙ্গুলীস্পৃষ্ট হয়। শেষোক্ত অস্ত্রোপচার সহজে এবং অল্প সময়ে সম্পাদিত হয়। কিন্তু শোণিতস্রাবের আশঙ্কা থাকে এবং আরোগ্য হইতে বিলম্ব হয়।

কোন কোন চিকিৎসক লিগামেণ্ট বন্ধন করার পূর্ব্বে পেরিটোনিয়ম গহ্বরে সূত্র সংলগ্ন স্পঞ্জ স্থাপন করিয়া অন্ত্রাদি দূরে রাখিয়া লিগামেণ্ট বন্ধন করেন। কেহ বা অগ্র পশ্চাতের কর্ত্তিত পেরিটোনিয়মের কিনারা অবিচ্ছিন্ন বা পৃথক্ সেলাই দ্বারা একত্র করিয়া দেন। কিন্তু ইহা অনাবশ্যক। পেরিটোনিয়ম স্বতঃ সম্মিলিত হইয়া থাকে। অগ্র পশ্চাৎ যোনিপ্রাচীর সম্মিলিত থাকিলেই উক্ত ঝিল্লি সত্বরে সম্মিলিত হয়। জরায়ু উচ্ছেদ করার পরেই পেরিটোনিয়ম কুঞ্চিত হইয়া একের উপর অপরটী সম্মিলিত হয়। ক্ষত শুষ্ক হইলেই ত্রাক্ষ ছাদের অনুরূপ আকৃতি ধারণ করে। কোন চিকিৎসক ড্রেণেজ-টিউব সংস্থাপন করিতে বলেন। কিন্তু অনেকেই তাহা অনাবশ্যক মনে করেন।

অস্ত্রোপচারে শোণিতস্রাব, মলমূত্রাশয় বা ইউরিটার আহত এবং শোণিতদুষ্টতা উপস্থিত হইতে পারে।

অসম্পূর্ণ অস্ত্রোপচার। (Incomplete operation for cancer)।—জরায়ু সঞ্চালনশীল আছে কিম্বা ক্যানসার বিধান অধিক বিস্তৃত হওয়ায় আবদ্ধ হইয়াছে, এইরূপ সন্দেহ উপস্থিত হইলে অস্ত্রোপচার করাই শ্রেয়ঃ। কারণ (১) প্রকৃত পক্ষে সন্দেহের কারণ নাও থাকিতে পারে এবং (২) অসম্পূর্ণ অস্ত্রোপচার করিলেও অনেক সময়ে রোগের যন্ত্রণা দীর্ঘকাল উপশমিত থাকিতে পারে।

পূর্ব্বোক্ত দুই প্রকৃতির অস্ত্রোপচার বিস্তর পরিবর্ত্তিত হইয়া বিভিন্ন অস্ত্রোপচারকের নাম সহ প্রচলিত হইয়াছে। বাহুল্য বোধে তৎসমস্ত পরিত্যক্ত হইল। যোনি ও উদরপ্রাচীর, কেবল উদর, কিম্বা সেক্রম কর্ত্তন করিয়াও ক্যানসার আক্রান্ত জরায়ু উচ্ছেদিত হইতে পারে।

পরিণাম।—এতদ্দেশীয় সুশিক্ষিত চিকিৎসক সম্প্রদায় কর্ত্তৃক এত সংখ্যক অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হয় নাই যে, তদবলম্বন করতঃ কোন মন্তব্য প্রকাশ করা যাইতে পারে। ইউরোপের অস্ত্রোপচারের ফল—একচতুর্থাংশ তিন বৎসর সুস্থ থাকে।

অস্ত্রোপচার সময়ে ক্যানসারাক্রান্ত বিধান, তৎসংস্পৃষ্ট হস্ত, যন্ত্র বা অন্য কোন দ্রব্য সদ্যঃ কর্ত্তিত ক্ষতে সংলগ্ন হইলে তথায় ক্যানসার বীজ রোপিত হইল এবং পরিণামে তথায় ক্যানসারের উৎপত্তি হইবে। ইহা স্মরণ পূর্ব্বক যতদূর সম্ভব সাবধান হইয়া অস্ত্রোপচার করিতে হয়।

পঞ্চবিংশ অধ্যায়।

অণ্ডবহানলের পীড়া।

(Affection of the Fallopian Tubes.)

শ্রেণী বিভাগ।

আজন্ম বিকৃতি।

তরুণ ও পুরাতন প্রদাহ
- সর্দ্দি প্রকৃতি।
- নলীয় বিধান সংশ্লিষ্ট।
- পূয় সংশ্লিষ্ট।
- টিউবারকেল সংশ্লিষ্ট।
- প্রমেহ সংশ্লিষ্ট।

অবরোধ।

নলীয় গহ্বরে রস।
নলীয় গহ্বরে শোণিত।
নলীয় গহ্বরে পূয়,সংযোগ এবং স্থানভ্রষ্টতা।
(এই তিন পীড়াই প্রদাহের ফল।)

প্যাপিলোমা—কার্সিনোমা।

নলীয় গর্ভসঞ্চার।

আজন্ম বিকৃত গঠন।—এতৎসম্বন্ধে অধিক আলোচনা নিষ্প্রয়োজন। জননেন্দ্রিয় সমূহের নানা প্রকার আজন্মক বিকৃত গঠন দেখিতে পাওয়া যায়। ঐরূপ আজন্ম বিকৃতির ফলে অনেক স্ত্রীলোক বন্ধ্যা হইয়া থাকে। কখন কখন ঝালরবৎ অংশে অতিরিক্ত মুখ থাকে।

অণ্ডবহানলের প্রদাহ।

(স্যালপিঞ্জাইটিস্ Salpingitis.)

শ্রেণী বিভাগ।

তরুণ ও পুরাতন ননসিপ্টিক স্যালপিঞ্জাইটিস্ —
- ক্যাটারাল
- পুরুলেণ্ট
- প্যারাঙ্কাইমেটাস্ — হাইপারট্রফিক, এটোফিক।

সিপ্টিক স্যালপিঞ্জাইটিস্ —
- হাইড্রো-স্যালপিঞ্জ—সিরস্
- হিম্যাটো-স্যালপিঞ্জ—স্যাঙ্গুইনিয়স
- পাইও-স্যালপিঞ্জ—পুরুলেণ্ট

উল্লিখিত শ্রেণী বিভাগ প্রসিদ্ধ পোজ্জির মতানুসারে লিখিত হইল। কেহ কেহ কারণানুযায়ী সংজ্ঞা নির্দ্দেশ করেন,—যেমন গণোরিয়াল স্যালপিঞ্জাইটিস্, টিউবারকিউলার স্যালপিঞ্জাইটিস্ ইত্যাদি।

নির্ণয়।—স্যালপিঞ্জাইটিস্ পীড়ার লক্ষণ সমূহ অণ্ডাধারের এবং এবং অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহের লক্ষণ সহ প্রকাশিত হয় বলিয়া প্রকৃত

রোগ নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। এই পীড়া যথেষ্ট হইয়া থাকে এবং আরোগ্য হওয়ার পর পুনর্ব্বার উপস্থিত হয়। অল্প বয়সাপেক্ষা সন্তান হওয়ার বয়সেই নলের প্রদাহ অধিক হয়। অণ্ডাধার পরীক্ষার জন্য যে ভাবে শয়ান করাইয়া যে প্রণালীতে পরীক্ষা করিতে হয়, অণ্ডবহানল পরীক্ষা করিতেও সেই প্রণালী অবলম্বন করিতে হয়। জরায়ুর পার্শ্বে—বহির্দ্দিকে, জরায়ুর পশ্চাতে—ডগলাসের পাউচের অভিমুখে স্থূল বা স্ফীত নল অনুভব করা যাইতে পারে।

অঙ্গুলী দ্বারা সতর্কভাবে পরীক্ষা করিলে স্থূল, বৃহৎ, তরল পদার্থ পূর্ণ বা আবদ্ধ কিম্বা অর্ব্বুদ সমন্বিত নল অনুমিত হয় সত্য, কিন্তু স্থির নিশ্চয় করা সহজ নহে। বিচক্ষণ অভিজ্ঞ চিকিৎসকেরও অনেক সময়ে ভ্রম হইতে দেখা যায়। প্রকৃত অবস্থা নির্ণয়ের পক্ষে এক মাত্র উদরপ্রাচীর কর্ত্তন করিয়া পরীক্ষাই অভ্রান্ত। নিম্নলিখিত বিষয়ে সতর্ক হইয়া উদরপ্রাচীর কর্ত্তন করা উচিত।

১। যত দূর সম্ভব বিশেষরূপে পচননিবারক প্রণালী অবলম্বন করতঃ রোগিণী, চিকিৎসক এবং আবশ্যকীয় অস্ত্র, যন্ত্র ও দ্রব্যাদির সংশোধন।

২। সম্পূর্ণরূপে চৈতন্যনাশ করিয়া কর্ত্তন।

৩। যথাসম্ভব ক্ষুদ্র কর্ত্তন।

৪। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি উন্মুক্ত করার পূর্ব্বে সম্পূর্ণরূপে শোণিত-স্রাবরোধ।

৫। উদর-গহ্বরে দুই অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া পরীক্ষা-কার্য্য সম্পাদন, কিন্তু আবশ্যক হইলে কর্ত্তন উর্দ্ধাভিমুখে পরিবর্দ্ধিত করতঃ আরও অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া পরীক্ষা করিতে হয়।

৬। অস্ত্রোপচারক ব্যতীত অপর কাহার অঙ্গুলী কর্ত্তন মধ্যে প্রবিষ্ট করান নিষেধ।

৭। স্পঞ্জাদি দ্বারা উত্তমরূপে অন্ত্রাবরক ঝিল্লি ইত্যাদি আবৃত করিয়া রক্ষা করিবে।

৮। কার্ব্বলিক এসিড, সাবলিমেট দ্রব ইত্যাদির ন্যায় উগ্র পচন নিবারক ঔষধ ব্যবহার করা নিষেধ।

৯। কর্ত্তনের পার্শ্ব আইওডোফরম গজ দ্বারা শুষ্ক করা উচিত।

১০। সেলাই দ্বারা কর্ত্তন বন্ধ করার পর বোরিক বা স্যালিসিলিক শোষক তুলা দ্বারা আবৃত করিবে।

১১। নিদ্রার জন্য অহিফেন বা ব্রোমাইডের পরিবর্ত্তে সালফোনাল বা ক্লোরালএমিড প্রয়োগ করা উচিত।

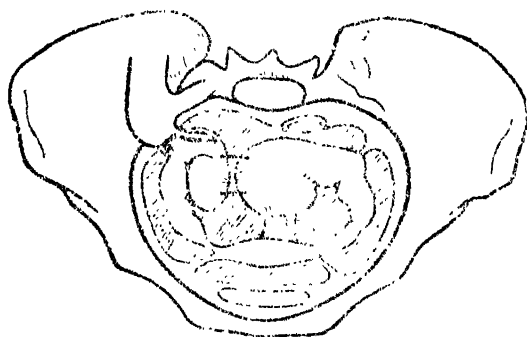
পীড়িত নল সংযোগ ইত্যাদি দ্বারা আবদ্ধ হইয়া জরায়ুর সম্মুখে বা উপরেও অবস্থিত হইতে পারে। বস্তিগহ্বরস্থিত অন্যান্য বিধানসহও আবদ্ধ থাকিতে দেখা যায়। প্রদাহ জন্য জরায়ু সংলগ্ন মুখ এবং ঝালরবৎ অংশের মুখ উভয়ই বন্ধ হইতে পারে। শেষোক্ত মুখই সচরাচর বন্ধ হইয়া থাকে। প্রদাহ জন্য স্থায়ী বিবর্দ্ধিত এবং এক মুখ প্রসারিত হইতে পারে। নলমধ্যস্থিত আবদ্ধ স্রাব এবং প্রদাহের প্রকৃতি অনুসারে এই সমস্ত অবস্থা অল্প বা অধিক হওয়ার সম্ভাবনা; সামান্য সর্দ্দি প্রকৃতির প্রদাহে এমত দেখা গিয়াছে যে, নলের পৈশিক আকুঞ্চন ফলে নল গহ্বরস্থিত সঞ্চিত রস বহির্গত হইয়া জরায়ুগহ্বরে পতিত হওয়ায় নল শূন্য হইয়া কয়েক দিবস পরেই পুনর্ব্বার রসপূর্ণ হইয়াছে। আবার এই রসও পুনর্ব্বার বহির্গত হইয়া নল শূন্য হইয়াছে। কোন কোন স্থলে পুনঃ পুনঃ এইরূপ হইতে থাকে। এইরূপ ঘটনায় নল পরীক্ষায় এক এক সময়ে এক একরূপ অনুমিত হয়।

ফেলোপিয়ন নলের প্রদাহ নির্ণয়ের পক্ষে বিশেষ কোন নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ নাই। নল প্রসারিত হইলে তলপেটে বেদনা থাকে, এই বেদনা এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়, এক পার্শ্বে অধিক অনু-

মিত হইতে পারে। আর্ত্তব স্রাবের গোলযোগ, রজঃকৃচ্ছ্রতা ;—প্রমেহ পীড়া, গর্ভস্রাব, প্রসব বা তদ্রূপ কোন ঘটনা হওয়ার পর রজঃকৃচ্ছ্র পীড়া হইলে নল প্রদাহিত হইয়াছে, এমত অনুমান করা যাইতে পারে।

প্রদাহ প্রবল থাকিলে স্থানিক পরীক্ষায় পেরিটোনিয়মের প্রদাহ ব্যতীত অপর কিছুই স্থির করা যাইতে পারে না। প্রদাহ হ্রাস হইলে উভয় হস্তের পরীক্ষায় জরায়ু সংলগ্ন পেরিটোনিয়ম স্থূল বোধ হয় মাত্র। কেবল মাত্র জরায়ুই উভয় হস্তে অনুমিত হয়। কয়েক সপ্তাহের পর, ক্রমে ঐ প্রদাহজ স্থূলত্ব বিলুপ্ত হইয়া যায়, কিন্তু নল প্রদাহিত হইলে উভয় হস্তের পরীক্ষায় জরায়ুর পার্শ্বে দলার ন্যায় পদার্থ অনুমিত হয়। উভয় পার্শ্বের দলার ন্যায় পদার্থ জরায়ুর পশ্চাতে সম্মিলিত হইতে পারে। এইরূপ স্থলে দুইটী, একটী বলিয়া ভ্রম হওয়া আশ্চর্য্য নহে। নল ও অণ্ডাধার উভয়ই প্রদাহজন্য সম্মিলিত হইয়া থাকে। দলার অনুরূপ পদার্থ কাঠ-বাদামের অনুরূপ বৃহৎ হইলে বিধানের প্রদাহ এবং আকৃতি, প্রকৃতি ও গঠনে পিত্তপরিপূর্ণ পিত্তস্থলীর অনুরূপ অনুমিত হইলে অণ্ডবহানল মধ্যে প্রদাহজ তরল পদার্থ সঞ্চিত আছে— এমত অনুমান করা যাইতে পারে। মাসাধিক কাল উপশমকারী চিকিৎসায় কোন উপকার হওয়ার পরিবর্ত্তে বরং বৃহৎ অনুমিত হইলে এবং এতৎসহ সামান্য জ্বরের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিলে নলমধ্যে পূয় সঞ্চিত আছে, এমত অনুমান করা যাইতে পারে সত্য, কিন্তু স্থির নিশ্চয় করিয়া মত প্রকাশ করা অনুচিত। অনেক স্থলে উভয় পার্শ্ব সামান্য অসুস্থ হইলে নল এবং এক পার্শ্বে বৃহৎ অর্ব্বুদ হইলে অণ্ডাধারে পূয় সঞ্চিত থাকা[illegible]ভাবনা; কিন্তু সর্ব্বত্র নহে।

[illegible]মধ্যে প্রদাহজ সামান্য স্রাব সঞ্চিত হইলে সাধারণতঃ তাহা বাহ্যদিকে থাকে, সহজে অনুভূত হয় না। সচরাচর নলের প্রসারিত অংশ এবং জরায়ু সংলগ্ন অংশ—এই উভয়ের মধ্যস্থলের সামান্য অংশ

অপ্রসারিত থাকে। স্রাব পরিপূর্ণ নলের উভয় মুখ বদ্ধ হইলে পিত্তপরিপূর্ণ পিত্তস্থলী কিম্বা শোণিতপূর্ণ জলৌকার অনুরূপ আকৃতিতে ডগ্‌লাসের পাউচে স্থানভ্রষ্ট হয়। ইহা একটী বিশেষ লক্ষণ।

১৫৬তম চিত্র।—স্যালপিঞ্জাইটিস অর্থাৎ অণ্ডবহানলের প্রদাহ। উভয় পার্শ্বের নল প্রসারিত হইয়া বক্র, বদ্ধ মুখ, স্থানচ্যুত, ডগ্‌লাসের পাউচে পরস্পর আবদ্ধ, এবং জরায়ু ও বস্তিপ্রাচীরসহ আবদ্ধ হওয়ার চিত্র।

নিম্নলিখিত কয়েকটী পীড়ার সহিত ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা।

১। সৌত্রিক অর্ব্বুদ—জরায়ুর পার্শ্বে বা পশ্চাতে উৎপন্ন সৌত্রিক অর্ব্বুদ অন্ত্রাবরক ঝিল্লিসহ আবদ্ধ থাকিলে পার্থক্য নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন। (ক) সৌত্রিক অর্ব্বুদ কঠিন, (খ) জরায়ুর সহিত সংলিপ্ত, (গ) বৃন্তহীন এবং (ঘ) জরায়ুসহ সমভাবে সঞ্চালনশীল। কিন্তু পার্থক্য নির্ণয় পক্ষে উহাই যথেষ্ট নহে; কারণ নলীর বিধানের প্রদাহ হইলে তাহাও কঠিন এবং জরায়ুসহ দৃঢ়রূপে আবদ্ধ হয়।

২। ব্রডলিগামেণ্ট সিষ্ট—ব্রডলিগামেণ্টের কোষাবৃত ক্ষুদ্র

অর্ব্বুদসহ অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ থাকিলে বেদনা হয়। জরায়ুর সন্নিকটেও অবস্থিত হইতে পারে।

৩। পেরিটোনিয়মমধ্যে শোণিত সঞ্চয়—ফেলোপিয়ন নলের অন্তের সন্নিকটে—অন্ত্রাবরক ঝিল্লি মধ্যে তরল পদার্থ সঞ্চয়ের সহিত ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা। নলীয় গর্ভ সঞ্চারের পরিণামফলে ঐরূপ শোণিত নিঃসৃত হইলেই পীড়ার ইতিবৃত্ত অনুসন্ধান করতঃ পার্থক্য নির্ণীত হইতে পারে কিন্তু প্রদাহ ইত্যাদি কারণে শোণিত নিঃসৃত হইলে পার্থক্য নির্ণয় অসম্ভব। শেষোক্ত ঘটনা অতি বিরল।

৪। অণ্ডাধারের মারাত্মক পীড়া—অণ্ডাধারের মারাত্মক পীড়ায় কখন কখন দলার অনুরূপ গঠন অনুমিত হয়। ইহা প্রায়ই পরম্পরিতভাবে উৎপন্ন হইয়া থাকে; সুতরাং ইতিবৃত্ত ও অর্ব্বুদের বৃদ্ধি এবং অন্যান্য লক্ষণ দৃষ্ট করিলেই সন্দেহ ভঞ্জন হইতে পারে। এই পীড়ায় কতক দিবস পরেই বিবর্ণত্ব, উদরী, পদে শোথ, অর্ব্বুদের দ্রুত বৃদ্ধি এবং সন্নিকটবর্ত্তী কৌষিকবিধান আক্রান্ত হয়।

৫। ফেলোপিয়ননলের ক্যানসার।—সাক্ষাৎ বা পরম্পরিতভাবে পীড়া উপস্থিত হয়, জরায়ুর দেহে ক্যানসার থাকিলে তাহাই বিস্তৃত হইতে দেখা যায়। এই পীড়া অতি বিরল। কেবলমাত্র নলের ক্যানসার কদাচিৎ দেখিতে পাওয়া যায়। ইহা প্রথমে ক্ষুদ্র আঁচিলবৎ প্রকৃতিতে আরম্ভ হইয়া বিস্তৃত হইতে থাকে। বেদনা, বিশেষ প্রকৃতির স্রাব এবং শরীর ক্ষয় প্রভৃতি বিশেষ লক্ষণ উপস্থিত হইলে পরীক্ষায় যদি নির্দ্দিষ্ট প্রকৃতির দলা অনুমিত হয়, তবে তাহা নলীয় ক্যানসার, এরূপ অনুমান করা যাইতে পারে। এইরূপ স্থলে নল ও জরায়ু উভয়ই উচ্ছেদ করার পরেও পুনর্ব্বার ক্যানসার হইতে দেখা গিয়াছে।

৬। জরায়ুর এক পার্শ্বের রক্তার্ব্বুদ—দ্বিশৃঙ্গ বিশিষ্ট জরায়ুর এক শৃঙ্গের জরায়ু-গ্রীবা-মুখ না থাকিলে ও তন্মধ্যে আর্ত্তব শোণিত

সঞ্চিত হইলে নলের প্রদাহজ স্রাব শ্লেষ সহ ভ্রম হইতে পারে। এই-রূপ স্থলে নলের মধ্যে এবং জরায়ুর অর্দ্ধাংশেও শোণিত সঞ্চিত থাকে। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে নলের প্রদাহের সহিত ইহার পার্থক্য নির্ণয় অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না।

৭। নলের মাইওমা।—ফেলোপিয়ন নলের পৈশিক তন্ত্ত হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই পীড়া অতি বিরল। জরায়ু-পার্শ্বে কঠিন, সঞ্চালনশীল, বেদনা বিহীন, এবং স্থির আকৃতি বিশিষ্ট দলার ন্যায় পদার্থ অনুমিত হইলে, তাহা মাইওমা স্থির করা যাইতে পারে, কিন্তু তাহা যে নলেই উৎপন্ন হইয়াছে, ইহা স্থির করা সহজ নহে। পরন্তু ঐরূপ অর্ব্বুদ জন্য এমত কোন গুরুতর লক্ষণ উপস্থিত হয় না যে, তজ্জন্য উদর-প্রাচীর কর্ত্তন করিয়া পরীক্ষা করার আবশ্যকতা উপস্থিত হইতে পারে।

৮ অনিশ্চিত পদার্থ।—যেমন—অর্দ্ধ স্বচ্ছ উপাস্থিবৎ পদার্থ, চূর্ণকবৎ পদার্থ, লসিকা ও শ্লেষ্মার্ব্বুদ, মেদ, ডারময়েড্ প্রভৃতি অর্ব্বুদ হইতে দেখা যায়। এই সমস্তের পার্থক্য নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন।

৯। হাইডেটিড অফ্ মরগাগ্নী—প্রভৃতি আরও কয়েক প্রকার কোষার্ব্বুদ হইতে পারে কিন্তু তৎসমস্তের এমত কোনও বিশেষ লক্ষণ নাই যে, তদ্দ্বারা প্রসারিত নল বা বিবর্দ্ধিত অণ্ডাশয় হইতে পৃথক করা সম্ভব।

নিদানতত্ত্ব।—অণ্ডাধার এবং অণ্ডবহা নলের প্রদাহের বহুসংখ্যক কারণ জরায়ু-পথে আনীত হইয়া থাকে। শোণিত-বাহিকা এবং রস বাহিকা—এই উভয় পথেই দূষিত পদার্থ পরিচালিত হইলেও অধিকাংশ স্থলে সংলগ্ন শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দ্বারা উক্ত প্রদাহ পরিব্যাপ্ত হইতে দেখা যায়। সর্দ্দি বা প্রমেহ জন্য জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহ হইলে অনেক স্থানে অণ্ডবহা নলেরও উক্ত ঝিল্লি প্রদাহিত হয়। অণ্ডবহা

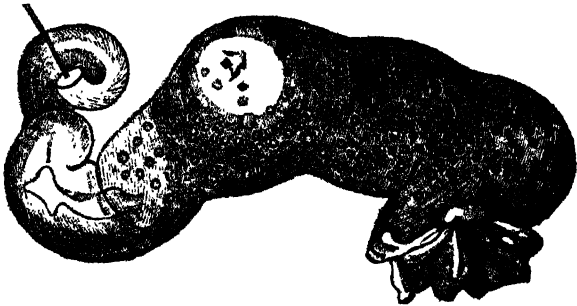
নল হইতেও জরায়ুতে প্রদাহ আনীত হইতে পারে সত্য কিন্তু অধিকাংশ স্থলে জরায়ু হইতে নলেই প্রদাহ পরিচালিত হয়।

রোগ জীবাণু।—অনেক স্থলে স্রাব পরীক্ষায় তন্মধ্যে গণোকোকাস এবং ষ্ট্রেপ্টোকোকাস দেখিতে পাওয়া যায়, নিউমোকোকাস ও ব্যাক্টেরিয়ম কোলাই কমিউনীস কদাচিৎ দেখিতে পাওয়া যায়। শেষোক্ত রোগ-জীবাণু এবং ষ্টাফিলোকোকাই ও ষ্ট্রেপ্টোকোকাই বর্ত্তমান থাকিলে পরিণাম মন্দ হওয়ার সম্ভাবনা। অনেক স্থলে বিশেষ কোন রোগ-জীবাণু না পাওয়া যাইতে পারে।

দূষিত পদার্থের সংক্রমণ। (Septic Poisoning)।—অণ্ডবহা নল প্রদাহের একটী প্রধান কারণ। প্রসব বা গর্ভস্রাব হওয়ার সময়ে কোন স্থান আহত হইলে তৎপথে ষ্ট্রেপ্টোকোকাস পাইওজেনাস প্রবিষ্ট হইয়া প্রদাহ উৎপন্ন করে। সেই সময়ে অপরিষ্কার যন্ত্রাদি ব্যবহার করিলেও প্রদাহ হওয়ার সম্ভাবনা। প্রসবের কয়েক দিবস পর এই প্রকৃতির প্রদাহ উপস্থিত হয়।

প্রসব সময় ব্যতীতও অপরিষ্কার যন্ত্র—সাউণ্ড, টেণ্ট, কিউরেট, ছুরি, কাঁচি এবং উগ্র ঔষধাদি প্রয়োগ করার [illegible] পরম্পরিত ভাবে অণ্ডবহা নলের প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে। এইরূপ স্থলে (১) যন্ত্রাদির সহিত প্রদাহ উৎপাদক পদার্থ পরিচালিত, কিম্বা (২) যন্ত্রাদি ব্যবহারের ফলে জরায়ুগহ্বরে বিনষ্ট বিধান বা স্রাব অবরুদ্ধ থাকিলে তাহাতে আণুবীক্ষণিক রোগ-জীবাণু পরিপুষ্ট হইয়া পরে প্রদাহ উৎপন্ন করে—প্রথমে জরায়ু-গহ্বরের এবং তৎপর পরিচালিত হইয়া নলের প্রদাহ উৎপন্ন করে।

প্রমেহ।—ফেলোপিয়ননলের প্রদাহগ্রস্তা যত রোগিণী দেখিতে পাই, তাহার প্রায় এক অষ্টমাংশ প্রমেহ সংশ্লিষ্ট। জরায়ুতে অধিষ্ঠ সংক্রমিত হয়। যোনির প্রদাহ বিস্তৃত হইয়া নলে উপস্থিত হইতে পারে

টিউবারকেল।—ফেলোপিয়ন নলে গৌণভাবে টিউবারকেলের উৎপত্তি এবং তজ্জনিত প্রদাহ উপস্থিত হয়। প্রথমে ফুস্‌ফুস্‌ বা অন্য যন্ত্রে টিউবারকেলের উৎপত্তি হয়, কিন্তু অনেক চিকিৎসক বলেন যে, ফেলোপিয়ন নলেই অনেক স্থলে প্রথমে টিউবারকেল সঞ্চিত এবং তজ্জন্য প্রদাহ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। এরূপ প্রদাহের বিশেষ কোন লক্ষণ নাই। পীড়া প্রবল হইলে নল মধ্যে বিনষ্ট পনিরবৎ পদার্থ সঞ্চিত থাকিতে দেখা যায়। ইহারই চতুষ্পার্শ্বে টিউবারকেল বর্ত্তমান থাকে। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে ক্ষত হয়। প্রথমাবস্থায় ঝিল্লিয়াবী

১৫৭তম চিত্র।—অণ্ডবহানলে, টিউবারকেল সঞ্চিত হওয়ার ফলে সমগ্র নল স্থূল, বৃহৎ, অসমান ভাবে প্রসারিত, অধিক প্রসারিত স্থানের অভ্যন্তরে ক্ষত, টিউবারকেল পরিপূর্ণ, বাহ্যদেশে বিশেষতঃ ঝালরবৎ অংশের সন্নিকটে ঝিল্লিয়াবী টিউবারকেল বিন্দু বিন্দু ভাবে অবস্থিত এবং ঝালরবৎ অংশের মুখ প্রায় রুদ্ধ ও জরায়ু সংলগ্ন অংশ মোচড়াইয়া যাওয়ার চিত্র।

টিউবারকেল সঞ্চয়ের জন্য গুঁটী গুঁটী দেখায়। প্রথমেই প্রদাহের লক্ষণ উপস্থিত হয় সত্য কিন্তু টিউবারকিউলার ব্যাসিলাস পরীক্ষা ব্যতীত তাহা স্থির করার কোন বিশেষ লক্ষণ নাই। ২০—৩০ বৎসর বয়সেই এই শ্রেণীর পীড়া অধিক হয়। ফেলোপিয়ননলের পুরাতন

প্রদাহের শতকরা ৭টী টিউবারকেল জাত। পুরাতন স্থলে টিউবার-কেল সমূহ সৌত্রিক বিধান দ্বারা পরিবেষ্টিত হইলে আরোগ্য হওয়ার সম্ভাবনা। শোণিত, অন্ত্র, পেরিটোনিয়ম, মূত্রাশয়, যন্ত্র বা সঙ্গমসংস্রবে টিউবারকেল সংক্রমিত হয়। কৌলিক ধাতু প্রধান কারণ। জননেন্দ্রিয় হইতে অজ্ঞাত কারণ জন্য অনিবার্য্য স্রাব, প্রদর, তলপেটে বেদনা, সঙ্গমে কষ্ট, জরায়ুমুখে ক্ষত, আর্ত্তবস্রাবের বিশৃঙ্খলতা এবং অণ্ডবহা-নল বেদনাযুক্ত ও বর্দ্ধিত হইলে টিউবারকেল লক্ষিত হইয়াছে, এমত সন্দেহ হইতে পারে।

শৈত্য।—অন্য কোন কারণ উপস্থিত না থাকিলেই শৈত্য সংলগ্নে নলের প্রদাহ হইয়াছে, স্থির করা হয়। আর্ত্তব স্রাব সময়ে শৈত্য সংস্পর্শে জীবনীশক্তি ক্ষীণ হওয়ায় জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সর্দ্দি প্রকৃতির প্রদাহ হয়, তাহাই ক্রমে বিস্তৃত হইয়া নলে উপস্থিত হয়। আর্ত্তব স্রাব সময়ে অত্যধিক সঙ্গম ইত্যাদি কারণেও নল প্রদাহিত হইতে পারে।

বিকৃত গঠন।—জরায়ু বা নলের গঠন বিকৃতির জন্যও নলের প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে। অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিত জরায়ুর জন্য নলের প্রদাহ হইতে দেখা গিয়াছে। স্রাব রোধ হওয়ার জন্য এই প্রকৃতির প্রদাহ পুরাতন ভাবাপন্ন হইয়া থাকে।

দূষিত জ্বর।—বসন্ত প্রভৃতি জ্বরেও নলের প্রদাহ হইতে পারে; কিন্তু তাদৃশ ঘটনা অতি বিরল।

উপদংশ।—উপদংশ জন্য গমার উৎপত্তি ফলে নলের প্রদাহ হইতে পারে। কিন্তু দৃষ্টান্ত অতি বিরল।

অন্ত্রের পীড়া।—রক্তআমাশয় প্রভৃতি পীড়ায় রোগজীবা অন্ত্র হইতে প্রবিষ্ট হইয়া প্রদাহ উৎপন্ন করিতে পারে। ইহা অতি বিরল।

ভাবিফল।—নলের অভ্যন্তরস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সামান্য প্রদাহ সহজেই আরোগ্য হইয়া যাইতে পারে। আবার পুরাতন ভাবাপন্ন হইলে নানারূপ পরিবর্ত্তন উপস্থিত হওয়াও অসম্ভব নহে।

প্রদাহের ফলে নলের উভয় মুখ বদ্ধ হইলে নিঃসৃত রসাদি তন্মধ্যে সঞ্চিত হওয়ায় নল প্রসারিত হয়। স্রাব পরিপূর্ণ—অভ্যন্তরে রস, পূয়, বা শোণিত থাকিতে পারে। এইরূপ প্রসারিত নল আবদ্ধ, স্থানভ্রষ্ট এবং বিদীর্ণ হইতে পারে। নল মধ্যে অধিক রস সঞ্চিত হইলেই নলীয়শোথ (Tubal dropsy টিউবালড্রপসী) নামে উক্ত হয়। প্যারামিট্রাইটিস্ বা স্যালপিঞ্জাইটিস্ হওয়ার পরে নলের মুখ বদ্ধ হওয়ায় স্ত্রীলোক বন্ধ্যা হয়। প্রথমে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি সামান্য স্ফীত, ঝালরবৎ অংশ অবরুদ্ধ, তৎপর অভ্যন্তরস্থিত বিধানে প্রদাহজ উপজাত বিধান সঞ্চিত হওয়ায় তাহা স্থূল হইলে অবরোধ সম্পূর্ণ হয়। নল এবং অণ্ডাধার সন্নিকটবর্ত্তী হয়, আবরক সৈস্নিক ঝিল্লিরও প্রদাহ হইয়া থাকে।

বিদারণ।—তরুণ প্রদাহে নল মধ্যে পূয় সঞ্চিত হইলে নল বিদীর্ণ হওয়ায় পূয় অন্ত্রাবরক ঝিল্লি গহ্বর মধ্যে প্রবিষ্ট হইতে পারে। পুরাতন প্রদাহে নলের প্রাচীর স্থূল হওয়ায় তদ্রূপ ঘটনা উপস্থিত হয় না। ক্ষত হওয়াতেই বিদীর্ণ হয়, অত্যধিক প্রসারিত হওয়ার জন্য বিদীর্ণ হয় না। কখন কখন অন্ত্র, মূত্রাশয়, যোনি ইত্যাদি পথেও বিদীর্ণ হওয়া সম্ভব।

শোষণ।—প্রদাহ হ্রাস হওয়ার ফলে নিঃসৃত রস শোষিত হইয়া যাওয়ার দৃষ্টান্ত নিতান্ত বিরল নহে। রক্তাধিক্য, শোথ, এবং স্রাব ইত্যাদি ক্রমে ক্রমে হ্রাস হইতে দেখা যায়।

উপশম।—অন্যান্য সমস্ত লক্ষণ ক্রমে ক্রমে অন্তর্হিত হয় কিন্তু নিঃসৃত স্রাব জনিত দলার ন্যায় পদার্থ দীর্ঘ কাল একই অবস্থায় থাকে।

এইরূপ স্থলে সামান্য কারণে (১) অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ ও (২) স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা উপস্থিত হয়। নল অন্যান্য যন্ত্রের সহিত আবদ্ধ থাকে। কখন কখন পীড়ার লক্ষণ পুনঃ পুনঃ হ্রাস-বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়।

সম্ভাব।—কোষ মধ্যে পূয় সঞ্চিত থাকিলে লক্ষণ সমূহ দীর্ঘকাল একইভাবে বর্ত্তমান থাকে। সাধারণ চিকিৎসায় কোন উপকার হয় না।

পেরিমিট্রাইটিস ও স্যালপিঞ্জাইটিসের পরস্পর সম্বন্ধ।—নলপ্রদাহের কারণ ইত্যাদি যাহা বর্ণিত হইল, তদ্দ্বারা সুস্পষ্ট প্রতিপন্ন হইবে যে, মিট্রাইটিস, পেরিমিট্রাইটিস্, স্যালপিঞ্জাইটিস এবং ওভেরাইটিস, এই কয়েকটী প্রায় একই কারণ সম্ভূত, একটী উপস্থিত হইলে অপরটী উপস্থিত এবং একটীর সহিত অপরটী বর্ত্তমান থাকে। এণ্ডোমিট্রাইটিস হইতে ক্যাটারাল স্যালপিঞ্জাইটিস এবং ক্যাটারাল স্যালপিঞ্জাইটিস্ হইতে ওভেরাইটিস হইয়া অন্ত্রাবরক ঝিল্লি অন্যান্য গঠন সহ আবদ্ধ কিম্বা পূয়ইত্যাদিতেপরিণত হইয়া থাকে। নলের প্রদাহ হইলেই অণ্ডাধারের প্রদাহ হয়, কিম্বা অণ্ডাধারের প্রদাহ হইলেই নলের প্রদাহ হয়। স্থূল কথা, একই সময়ে সন্নিকটস্থিত সমস্তগঠনই আক্রান্ত হইয়া থাকে। কদাচিৎ নাও থাকিতে পারে।

এণ্ডোস্যালপিঞ্জাইটিস—(Endosalpingitis) অর্থাৎ অণ্ডবহা নলের আভ্যন্তরিক প্রদাহ। নলের অভ্যন্তরস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সাধারণ সর্দ্দি প্রকৃতির প্রদাহ হয়। পরিশেষে পূয়োৎপত্তি হইতে পারে। স্রাব—শ্লেষ্মা বা পূয়বৎ। ক্রমে নল প্রসারিত ও তাহার আকৃতি বিকৃত এবং উভয় মুখ বন্ধ হওয়ায় স্ফুলোদর নলের অনুরূপ হয়। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি স্থূল, শোথযুক্ত ও পাটল বর্ণ বিশিষ্ট হয়।

তরুণ পুরুলেণ্ট স্যালপিঞ্জাইটিস্—(Acute purulent Salpingitis) অভ্যন্তর ঝিল্লির প্রদাহ প্রবলভাব ধারণ করিলেই পূয়োৎপত্তি হয়। প্রমেহ জন্যই এই প্রকৃতির প্রদাহ উপস্থিত হয়

নলের ঔদরিক মুখ বদ্ধ এবং জরায়ুর মুখ সামান্ত উন্মুক্ত থাকায় নল মধ্যে যে পূয়োৎপত্তি হয়, তাহা মধ্যে মধ্যে জরায়ু-গহ্বরে পতিত হইলে নল গহ্বর শূন্য হইয়া থাকে। পুনঃ পুনঃ এইরূপ হইতে পারে। এই পূয়ের প্রকৃতি পচা সরের অনুরূপ। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি স্ফীত ও ধূসর বর্ণ বিশিষ্ট হয়। উভয় মুখ বদ্ধ হইলেই পাইওস্যালপিন্‌ক্স উৎপন্ন হয়। এই পীড়া আরোগ্য হইলেও পুনর্ব্বার হওয়ার সম্ভাবনা। ইহাই প্যাকি-স্যাল্‌পিঞ্জাইটিসের (pachy-salpingitis) প্রধান কারণ। আজন্ম বিকৃত—কুঞ্চিত ও বিষম রন্ধ্র বিশিষ্ট নলেই এই প্রদাহ হইতে দেখা যায়। এইরূপ বিকৃত নলের জন্যই আর্ত্তব স্রাবের আরম্ভ হইতে রজঃকৃচ্ছ্রতার লক্ষণ উপস্থিত হয়।

ফলিকিউলার স্যালপিঞ্জাইটিস্ (Follicular Salpingitis) জরায়ুগ্রীবার ফলিকিউলার প্রদাহের অনুরূপ নলীয় গঠনের গ্রন্থিবৎ পরিবর্ত্তন লক্ষিত হইয়া থাকে। ইহাতে শ্লৈষ্মিক-ঝিল্লি বেগুনি বর্ণ, স্ফীত, শোথযুক্ত ও অভ্যন্তর অভিনব গ্রন্থি বিশিষ্ট হয়।

কেবলমাত্র নলীয় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহের তুলনায় নলের প্রাচীরের প্রদাহের সংখ্যা অধিক। এতৎসহ প্রমেহ, গর্ভস্রাব বা বিষাক্ত জ্বর এবং আর্ত্তব স্রাবের পূর্ব্বে ও সমকালে বেদনার ইতিবৃত্ত বর্ত্তমান থাকিতে পারে।

প্যারেঙ্কাইমেটাস স্যালপিঞ্জাইটিস (parenchymatous Salpingitis)—অর্থাৎ নলগঠনের প্রদাহ। ইহা প্রথমোক্ত প্রদাহের পরেও উপস্থিত হইতে পারে। নলের পরিবর্ত্তন হয়। পীড়া অগ্রসর হইলে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি মসৃণ ও তাহা শ্লেটের কিম্বা বেগুনি বর্ণ হয়। এতদ্দ্বারা প্রাচীরের সমস্ত স্তরই আক্রান্ত হইয়া থাকে সত্য কিন্তু মধ্য-স্তরেই অধিক পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। নল সচরাচর অণ্ডাধারের বহিত সংযুক্ত থাকে।

এই শ্রেণীর পীড়াতে নলের সমস্ত বিধান আক্রান্ত ও তাহা স্থূল হওয়ায় মাইও এবং প্যাকিস্যালপিঞ্জাইটিস ও ইণ্টারষ্টে-সিয়ালস্যালপিঞ্জাইটিস নামে উক্ত হয়। ইহা এপিডিডিমাসের পুরাতন প্রদাহ ও কর্ডের সৌত্রিক বিধান সঞ্চয়ের অনুরূপ। এই প্রদাহের ফলে বিধানের পুরাতন বিবৃদ্ধি এবং পৈশিকস্তরে সৌত্রিক বিধান সঞ্চিত হওয়ায়, নল অঙ্গুলির অনুরূপ স্থূল; অভ্যন্তরে উজ্জ্বল, কোমল, মাংসবৎ পদার্থ সঞ্চিত হয়। প্রাচীর অর্দ্ধ ইঞ্চ স্থূল হইতে পারে। নলের ঝালরবৎ অংশ ঘূর্ণিত ও জড়ীভূত হইয়া আবদ্ধ হয়। নলের অভ্যন্তর গহ্বর সামান্য প্রসারিত ও তন্মধ্যে অল্প পরিমাণ স্রাব সঞ্চিত থাকিতে পারে কিন্তু নল বৃহৎ হওয়ার কারণ কেবল মাত্র প্রাচীরের স্থূলত্ব। এইরূপ স্থূলনলমধ্যে দীর্ঘাস্থির অভ্যন্তরের অস্থিমজ্জার অনুরূপ পদার্থ দেখিতে পাওয়া যায়। এইরূপ স্থলে নলের জরায়ুর অন্ত সঙ্কুচিত এবং ঔদরিক অন্ত আবদ্ধ হয়।

ক্রনিক এট্রোফিক স্যালপিঞ্জাইটিস্।—(Chronic Atrophic Salpingitis) অর্থাৎ পুরাতন প্রদাহজনিত নলক্ষয়। নলের প্রাচীরের প্রদাহ জন্য প্রাচীর স্থূল না হইয়া পরিশেষে ক্ষয় হইতে থাকে। শোষিত হইয়া শেষে ক্ষত শুষ্কের দাগের অনুরূপ প্রকৃতি ধারণ করে। পৈশিক সূত্র অন্তর্হিত এবং অবশিষ্ট অংশ নিরেট দড়ার অনুরূপে অবস্থিত হয়। এই অবস্থা যকৃতের সিরোসিসের অনুরূপ।

হাইড্রো-স্যালপিন্‌ক্স (Hydro Salpinx) নল মধ্যে রস সঞ্চিত হওয়ায় নল স্ফীত হয়। নলের প্রাচীর স্থূল না হইয়া বরং পাতলা হইয়া থাকে। সাধারণ প্রদাহের গতি পূয়োৎপত্তি হওয়ার পূর্ব্বেই প্রতিরুদ্ধ হওয়ার ফলে এই পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। ইহা বাদামাকৃতি, সামান্য ডিম্বের আয়তন হইতে ক্ষুদ্র গোড়া নেবুর অনুরূপ হইতে

পারে। উপরিভাগ পরিষ্কার উজ্জ্বল, ঈষৎ আরক্তবর্ণ বিশিষ্ট, প্রাচীর অত্যন্ত পাতলা স্বচ্ছ, সামান্য আঘাতেই বিদীর্ণ হওয়ার সম্ভাবনা। তরল পদার্থ অত্যন্ত পাতলা, ঈষৎ পীতাভযুক্ত। ইহা স্বতঃই বহির্গত হইয়া যাইতে পারে। অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদের সদৃশ লক্ষণ প্রকাশিত হয়, কিন্তু তদপেক্ষা বেদনা প্রবল।

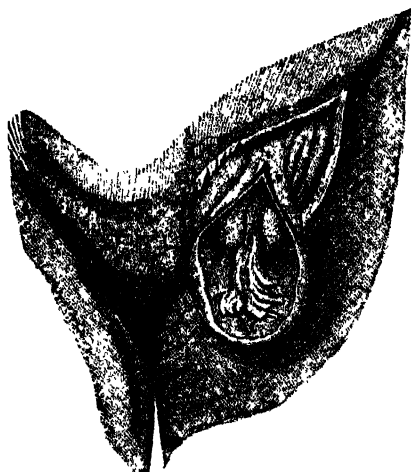
হিম্যাটো-স্যালপিন্‌ক্স।—Hæmato-Salpinx) অর্থাৎ নল মধ্যে শোণিত সঞ্চয়—নল মধ্যে রসের পরিবর্ত্তে শোণিত সঞ্চিত হওয়ায় নল স্ফীত হইয়া অর্ব্বুদাকৃতি ধারণ করে। প্রদাহ জন্য শোণিত নিঃসৃত হইয়া সঞ্চিত হইতে পারে। আর্ত্তব স্রাব সময়ে কখন কখন জরায়ুর ন্যায় নল হইতেও শোণিত নিঃসৃত হয়। নলের মুখ উন্মুক্ত থাকিলে জরায়ুগহ্বরে বা অন্ত্রাবরক ঝিল্লি গহ্বরে পতিত হওয়ায় শোণিত হয় কিন্তু নলের মুখ বন্ধ থাকিলে তন্মধ্যে শোণিত সঞ্চিত হওয়ায় অর্ব্বুদাকৃতি ধারণ করে। নল মধ্যে গর্ভসঞ্চার হওয়ার ফলেই অনেক সময় তন্মধ্যে শোণিত সঞ্চিত হয়।

পাইও-স্যালপিনক্স (Pyo-Salpinx) অর্থাৎ নলমধ্যে পূয়-সঞ্চয়।—নলের পূয়োৎপাদক প্রদাহে পূয়সঞ্চিত এবং নলের দুই মুখ বন্ধ হওয়ায় পূয় একত্রিত ও নল অর্ব্বুদাকৃতি ধারণ করিতে পারে। (১) অন্ত্রাবরক ঝিল্লিসহ আবদ্ধ বা (২) প্রদাহ জন্য শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি স্ফীত হওয়ায় নলের মুখ বন্ধ হইতে দেখা যায়। শেষোক্ত প্রকৃতির অবরোধ প্রদাহ অন্তর্হিত হইলেই নলের মুখ উন্মুক্ত হইতে পারে। পূয় সঞ্চিত হওয়ায় নল সামান্য পেয়ারার আকৃতি হইতে তরমুজের অনুরূপ বৃহৎ হইতে পারে। সাধারণতঃ বাহ্য অংশ অণ্ডাধারের সহিত আবদ্ধ থাকিতে দেখা যায়। এই অংশই অধিক বিস্তৃত এবং কদাচিৎ তন্মধ্যে ২।৩টী প্রকোষ্ঠ পৃথক থাকিতে পারে। প্রাচীর স্থূল হয়। প্রাচীরে ক্ষত হইলে পূয় বহির্গত হইয়া বিষম অনিষ্ট করিতে পারে।

অভ্যন্তরস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি লাল এবং পুরাতন প্রদাহের লক্ষণ যুক্ত থাকে—দানাময় দেখায়। প্রমেহ বা দূষিত পদার্থের সংস্রব, গর্ভস্রাব, টিউবারকেল ইত্যাদি কারণে ইহা উপস্থিত হয়। অভ্যন্তর স্থিত পূয নানা প্রকৃতিতে অবস্থিত হয়। প্রসারিত নল মধ্যে গাঢ় পূয বর্ত্তমান অথচ তরুণ প্রদাহের কোন লক্ষণ বর্ত্তমান না থাকিলে তাহা নলের শীতল স্ফোটক (Cold abscess of the tube) সংজ্ঞা প্রাপ্ত হয়। ডগলাসের পাউচে, সরলান্ত্র এবং জরায়ুর সহিত আবদ্ধ থাকিতে পারে। সচরাচর উভয় পার্শ্বেই পূয সঞ্চিত হয়। পূয গাঢ়, পচা সরবৎ এবং সরলান্ত্রের সহিত সংলিপ্ত থাকিলে অত্যন্ত দুর্গন্ধ হয়, ব্রডলিগামেণ্ট ও অণ্ডাশয় উভয়েতেই পূয়োৎপত্তি হয়। জরায়ু, সরলান্ত্র, মূত্রাশয় এবং পেরিটোনিয়ম পথে পূয বাহির্গত হইতে পারে। শেষোক্ত পথে প্রবিষ্ট হইলে উক্ত ঝিল্লির প্রবল প্রদাহ হইয়া রোগিণীর মৃত্যু হওয়ার সম্ভাবনা।

প্যাপিলোমা (Papilloma)।—অণ্ডবহা নলের প্যাপিলোমা প্রদাহ সম্ভূত। কখন সামান্য প্রকৃতিতে উৎপন্ন হইয়া বৃহৎ হয়, এতজ্জন্য উদরী ইত্যাদি হইতে পারে। আবার কখন বা মারাত্মক প্রকৃতি ধারণ করে। এই পীড়া অতি বিরল। ক্যানসারও অতি বিরল এবং অত্যন্ত মৃদু গতিতে বৃদ্ধি পায়। এই পীড়ায় রক্তরস মিশ্রিত স্রাব হইতে দেখা যায়।

স্যালপিঞ্জোসিল (Salpingocele)।—ইঙ্গুইন্যাল কেনাল মধ্যে কেবল নল বা নলসহ অণ্ডাধার বহির্গত হইয়া আইসা অতি বিরল ঘটনা। স্থান ভ্রষ্ট নল আবদ্ধ হইলে অন্ত্র বৃদ্ধির অনুরূপ লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হয় ও তদ্রূপ অস্ত্রোপচারই অবলম্বন করিতে হয়। প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন। ওমেণ্টাল হার্ণিয়ার সহিত ভ্রম হয়।

স্যালপিঞ্জাইটিসের লক্ষণ।—বিশেষ কোন নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ নাই। প্রদাহের এবং আক্রান্ত বিধানের প্রকৃতি অনুযায়ী লক্ষণ উপস্থিত হয়। রোগ নির্ণয়ার্থ যে যে লক্ষণ বর্ণিত হইয়াছে, তাহাই সাধারণ লক্ষণ।

১৫৮তম চিত্র।—স্যালপিঞ্জসিল—কোষ মধ্যে অণ্ডবহানল অবস্থিত।

তল পেটে অনুপ্রস্থ ভাবে বেদনা,—বাম পার্শ্বে বেদনা প্রবল হইতে পারে। রজঃকৃচ্ছতা,—উভয় আর্ত্তবস্রাবের মধ্যবর্ত্তী সময়েও বেদনা থাকে। বেদনার প্রকৃতিও বিভিন্ন রূপ—সময়ে সময়ে বৃদ্ধি বা হ্রাস হয়। শান্ত সুস্থির ভাবে শয়ন করিয়া থাকিলে বেদনার উপশম হয় কিন্তু নিবৃত্তি হয় না। পরিশ্রম, মলমূত্র ত্যাগ এবং সঙ্গম কষ্ট—সঙ্গম ইত্যাদি কারণে বেদনা বৃদ্ধি হয়। শেষোক্ত কার্য্যের পর এক, কি দুই ঘণ্টা কাল বেদনা প্রবল থাকে। অনেক সময়ে কার্য্য শেষে বেদনার আরম্ভ হয়। অর্ব্বুদের আকৃতির সহিত বেদনার কোন সম্বন্ধ নাই। আর্ত্তবস্রাব অত্যধিক বা অনিয়মিত হইতে পারে। টিউবার-

ক্ষেপ জনিত প্রদাহে আর্ত্তবস্রাবের অল্পতা লক্ষিত হয়। পুনঃ পুনঃ এবং বেদনাসহ স্রাব হয়, মলত্যাগ সময়েও বেদনা প্রবল হয়, পীড়িত স্থান সঞ্চালন এবং বেগ দেওয়ার জন্যই এইরূপ হইয়া থাকে। মূত্রাশয়, মূত্রনালী এবং সরলান্ত্রে রক্তাবেগ হয়, এই কারণ বশতঃ সরলান্ত্র হইতে আম এবং শোণিত নির্গত হইতে পারে। বেদনা এবং আতঙ্কে দুর্ব্বলতা, শরীর ক্ষয়, অক্ষুধা, বিবমিষা, বমন, উদরাধ্মান, কোষ্ঠ বদ্ধ; স্নায়বীয় লক্ষণাদি—অনিদ্রা, শিরঃপীড়া, শিরোঘূর্ণন, স্নায়বীয় বেদনা, আক্ষেপ এবং ঔদাস্য ইত্যাদি লক্ষণও উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে। পেরিটোনিয়ম আক্রান্তের পরিমাণ অনুসারে অন্যান্য লক্ষণ উপস্থিত হয়। কখন কখন জ্বর বর্ত্তমান থাকে। উভয় নলের মুখ বদ্ধ হইলে বন্ধ্যা হয়।

চিকিৎসা।—পেরিমিট্রাইটিসের চিকিৎসায় যে সমস্ত চিকিৎসা প্রণালী বর্ণিত হইয়াছে, ইহাতেও সাধারণতঃ তাহাই অবলম্বন করিতে হয়। তাহাতে সুফল না হইলে অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য। তরুণ পীড়ায় সহজে শান্তসুস্থিরভাবে শায়িতা রাখা যাইতে পারে। এদেশের গৃহস্থদিগের মধ্যে পুরাতন পীড়ায় শায়িতা রাখা অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। তথাচ যথাসম্ভব সুস্থির রাখিতে যত্ন করা উচিত। প্রত্যুগ্রতা সাধক, বিরেচক, উষ্ণ ডুস, এবং অসুস্রেজক বল্যকারক ঔষধ প্রয়োগ করিবে। স্নায়বীয় উত্তেজনা হ্রাস করার জন্য ২।৩ সপ্তাহকাল ১০—২০ গ্রেণ মাত্রায় সোডিয়ম ব্রোমাইড উপকারী, প্রত্যহ তিনবার প্রয়োগ করা উচিত। বেদনা নিবারণ পক্ষে অহিফেন উৎকৃষ্ট, কিন্তু ইহার বিস্তর দোষ। ফোস্কা করিয়া সেই স্থানে মর্ফিয়া প্রয়োগ, মলদ্বার পথে লডেনম এবং ক্লোরাল হাইড্রেট প্রয়োগ করিলেও বেদনার উপশম হয়। জরায়ু গহ্বর চাঁছিয়া টিংচার আইওডিন প্রলেপ দিলেও উপকার হয়। প্রদাহনাশক চিকিৎসার পর এই প্রণালী অবলম্বন

করিতে হয়। পাইওস্তালপিনক্স বর্ত্তমান থাকিলে এই চিকিৎসা না করাই শ্রেয়। সাধারণ চিকিৎসায় অনেক স্থলে এক কি দুই মাস মধ্যেই আরোগ্য হয়। অনেক স্থলে পুনর্ব্বার মৃদু প্রকৃতিতে পীড়া উপস্থিত হয়। কথন বা প্রবল ভাবেই উপস্থিত হইতে দেখা যায়। পুনর্ব্বার চিকিৎসা করিলে আরোগ্য হয়। এইরূপ পুনঃ পুনঃ হইতে থাকিলে শেষে স্তাল-পিঞ্জো-উফরেক্টমী অস্ত্রোপচার দ্বারা পীড়িত বিধান কর্ত্তন করিয়া উচ্ছেদ করাই সৎপরামর্শ সিদ্ধ। পাইওস্তালপিনক্স স্থির নিশ্চিত হইলে অবিলম্বে কর্ত্তন করাই সৎপরামর্শ কিন্তু অন্যান্য কারণে বিশেষ বিবেচনা এবং অপেক্ষা করিয়া অস্ত্রোপচার করা উচিত। অনেকে এক, কি দুই বৎসর কাল সাধারণ চিকিৎসার উপর নির্ভর করিতে উপদেশ দেন। তাহাতে কোন সুফল না হইলে অথবা ক্রমে ক্রমে মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হইতে থাকিলে অস্ত্রোপচার করিতে হয়।

ষড়বিংশ পরিচ্ছেদ।

নলীয় গর্ভ।

(Tubal Pregnancy টিউবাল প্রেগনেন্সি।)

অণ্ডবহানলের যে কোন স্থানে সফল অণ্ড (Oosperm—Fertilized ovum) অবস্থিত হইতে পারে। অবস্থানের স্থানানুসারে ভিন্ন ভিন্ন ফল উপস্থিত হয়। নলের মধ্যাংশে অবস্থিত হইলেই টিউবাল প্রেগনেন্সী অর্থাৎ নলীয় গর্ভ বলা হয়। গহ্বরের যে অংশ জরায়ু গঠনের মধ্য দিয়া আসিয়াছে, সেই স্থানে গর্ভ সঞ্চার হইলে টিউবো-উটিরাইন প্রেগনেন্সী বলা হয়। নল মধ্যে গর্ভ সঞ্চার হওয়ার কারণ কি, তাহা স্থির হয় নাই। যে কোন বয়সে, প্রথম, মধ্য বা

শেষ—যে কোন গর্ভে এইরূপ হইতে পারে। গর্ভস্রাবের পর, স্বাভাবিক প্রসারের পর, কিম্বা দীর্ঘকাল বন্ধ্যা থাকার পর এইরূপ গর্ভ সঞ্চার হইতে দেখা গিয়াছে। উভয় নলে কিম্বা একই নলে পর পর কয়েক বার অথবা জরায়ু এবং নল এই উভয়ের মধ্যে এক সময়ে গর্ভ হইতে পারে। পূর্ব্বে দীর্ঘকাল বন্ধ্যা থাকার পর নলীয় গর্ভ সঞ্চারের সংখ্যাধিক্য বিবেচনা করিয়া এমত অনুমান করা হইত যে, নলের প্রদাহ জন্য গর্ভ সঞ্চারের বিঘ্ন হইত, তৎপর প্রদাহ আরোগ্য হওয়ায় নল মধ্যে গর্ভ সঞ্চার হয়, কিন্তু বর্ত্তমান সময়ে স্থির হইয়াছে যে, পীড়িত অপেক্ষা সুস্থ নলেই অধিক স্থলে গর্ভ সঞ্চার হইয়া থাকে।

সফল অণ্ডনলমধ্যে অবস্থিত হওয়ার পরিবর্ত্তন নিম্নলিখিত কয়েক ভাবে বিভক্ত করিয়া বর্ণিত হইবে।

১। নলের পরিবর্ত্তন (The changes in the Tube.)

২। নলীয় মোল (The tubal mole.)

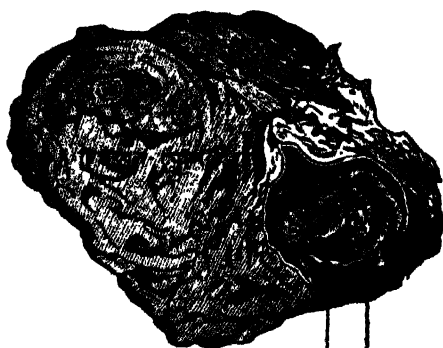
৩। নলের গর্ভ স্রাব (Tubal abortion.)

৪। গর্ভাবরক থলী বিদারণ (Rupture of the Gestation sac.)

৫। ফুল এবং ডেসিডুয়া (Placenta and decidua.)

১। নলের পরিবর্ত্তন।—নলের ঔদরিক মুখের বিশেষ পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। সাধারণতঃ এই মুখ সঙ্কুচিত, ৫—৮ সপ্তাহের মধ্যে সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ হয়। কিন্তু এমনও অনেক দৃষ্টান্ত সংগৃহীত আছে যে, সঙ্কুচিত হওয়ার পরিবর্ত্তে প্রসারিত হয়। উস্পারম অর্থাৎ সফল অণ্ড জরায়ুর সন্নিকটবর্ত্তী অংশে অবস্থিত হইলে নলের ঔদরিক মুখের বিশেষ কোন পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয় না।

২। নলীয় মোল।—সফল অণ্ড জীবনীশক্তিহীন হইয়া নল মধ্যে বা জরায়ু গহ্বরে অবরুদ্ধ হইলে উভয় স্থলেই এক বিশেষ

প্রকৃতিতে পরিবর্ত্তিত হইতে দেখা যায়,তাহা মোল নামে খ্যাত। নলীয় মোলের ব্যাস এক চতুর্থাংশ ইঞ্চ হইতে তিন ইঞ্চ পর্য্যন্ত হইতে দেখা গিয়াছে। ক্ষুদ্র মোল বর্ত্তুলাকার, কিন্তু বৃহৎ হইলে বাদামী আকার প্রাপ্ত হয়। এমনিওটিক গহ্বরের অবস্থান নিয়ম বহির্ভূত। নানা-

১৫৯তম চিত্র।—টিউবাল মোল—স্বাভাবিক আয়তন।

ভাবে অবস্থিত হইতে পারে। নলীয় মোলের বাহ্য আবরক ঝিল্লি—কোরিওন। এই ঝিল্লি বিশেষ প্রকৃতি বিশিষ্ট। ইহার আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় নলীয় গর্ভ স্থির হইতে পারে।

৩। নলীয় গর্ভস্রাব।—নলের ঔদরিক মুখ উন্মুক্ত থাকিলে ভ্রূণ নল হইতে পেরিটোনিয়ম গহ্বরে পতিত হইতে পারে। এই ঘটনায় অত্যন্ত শোণিত স্রাব হয়। ইহাই "নলীয় গর্ভ স্রাব" নামে অভিহিত হয়। অধিকাংশ স্থলে সমস্ত অংশ বহির্গত না হইয়া কিয়দংশ বহির্গত এবং অবশিষ্ট অংশ নল মধ্যে আবদ্ধ থাকে। ইহাই "নলের অসম্পূর্ণ গর্ভস্রাব" নামে উক্ত হয়। এই ঘটনা অত্যন্ত বিপজ্জনক।

মোলের কিয়দংশ আবদ্ধ থাকায় মধ্যে মধ্যে অত্যধিক শোণিত স্রাব হইলে মৃত্যু হইতে পারে।

৪। নল বিদারণ।—নল মধ্যে গর্ভ সঞ্চার হইলে তাহার পরিণাম,—হয় গর্ভস্রাব, না হয় নল বিদীর্ণ হওয়া—এই দুইএর একে পরিণত হয়। নলের মুখ বন্ধ হওয়ার পূর্ব্বে উস্‌পাবমের বিঘ্ন উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা, কিন্তু মুখ বন্ধ হইলে নল বিদীর্ণ হইতে দেখা যায়। এই ঘটনা সচরাচর ৬—১০ সপ্তাহের মধ্যেই হইয়া থাকে। ইহাই প্রাথমিক বিদারণ। পেরিটোনিয়মের অভ্যন্তরে কিম্বা বহির্দ্দেশে বিদীর্ণ হইতে পারে।

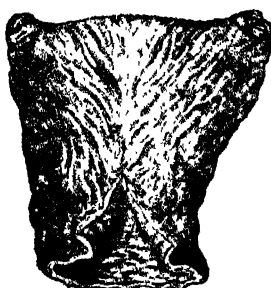
লম্ফঝম্প, উত্থানপতন, আঘাত, বেগ, বমন, মলত্যাগ এবং প্রবল সঙ্গম ইত্যাদি বিবিধ কারণে নল বিদীর্ণ হইতে পারে।

পেরিটোনিয়ম মধ্যে শোণিত নিঃসৃত হইতে থাকিলে যোনিসংলগ্ন সরলান্ত্রের নিকটবর্ত্তী পেরিটোনিয়ম-থলীর মধ্যে শোণিত সঞ্চিত হয়। অত্যধিক শোণিত নিঃসৃত হইলে সহসা অল্প সময় মধ্যে মৃত্যু হওয়াও আশ্চর্য্য নহে। ভ্রূণ ও তাহার ঝিল্লি কিম্বা মোল ছিদ্র মধ্যে অথবা পেরিটোনিয়ম মধ্যে অবস্থিত হইতে পারে। শোণিতের পরিমাণ অল্প হইলে তাহা শোষিত হয়। কখন বা আবরক কোষ প্রস্তুত হওয়ায় অর্ব্বুদের আকারে অবস্থিত হইতে পারে।

অধিকাংশ ঘটনায় ব্রড লিগামেণ্টের স্তবকদ্বয়ের মধ্যে শোণিত নিঃসৃত ও সংযোগ তন্তুর মধ্যে সঞ্চিত হইয়া পেলভিক হিমেটোমারূপে পরিণত হয়। এইরূপ ঘটনায় কখন কখন গর্ভ পূর্ণত্ব প্রাপ্ত হইতে দেখা যায়।

৫। ফুল।—নলীয় গর্ভের ফুল করিওনিক ভিলাই দ্বারা প্রস্তুত। নল মধ্যে ডেসিডুয়া প্রস্তুত না হইয়া জরায়ু মধ্যে প্রস্তুত হয়।

প্রাথমিক বিদারণের পর ভ্রূণ এবং মাতা উভয়েই জীবিত থাকিলে

ভ্রূণ ক্রমে ক্রমে বর্দ্ধিত হইতে থাকে, তৎসঙ্গে সঙ্গে ভ্রূণাবরক কোষও বৃহৎ হয়। কিন্তু প্রত্যেক মুহূর্ত্তে পুনর্ব্বার বিদীর্ণ হওয়ার আশঙ্কা থাকে। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি বা ফুলের অংশে বিদীর্ণ হইলে শোণিত স্রাব জন্য শীঘ্রই মৃত্যুর সম্ভাবনা। অনেক স্থলে গর্ভ পূর্ণত্ব প্রাপ্ত হয়। এইরূপ স্থলে প্রসব বেদনা উপস্থিত হয়, কিন্তু প্রসব হওয়ার পরিবর্ত্তে কয়েক দিনের মধ্যে বেদনা অন্তর্হিত, তরল পদার্থ শোষিত, ভ্রূণের মৃত্যু এবং ফুল শুষ্ক ও মৃত ভ্রূণ মোমবৎ কিম্বা চূর্ণকবৎ প্রকৃতিতে পরিবর্ত্তিত হয়। স্তনে দুগ্ধ সঞ্চার ও জরায়ু হইতে ডেসিডুয়া নির্গত হয়। পরিবর্ত্তিত মৃত ভ্রূণ দীর্ঘ-

১৬০তম চিত্র।—নলীয় গর্ভের ফলে জরায়ু হইতে নির্গত ডেসিডুয়ার চিত্র।

কাল একই অবস্থায় উদরী বা বস্তিগহ্বরে অবস্থিত হইতে পারে। ভ্রূণসহ পচনোৎপাদক পদার্থ সংশ্লিষ্ট হইলে পূয়োৎপন্ন, তৎপর অন্যান্য মন্দ লক্ষণ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। এইরূপে উৎপন্ন স্ফোটকের মুখ সরলান্ত্র, মূত্রাশয়, যোনি কিম্বা উদরপ্রাচীরে হওয়াও অসম্ভব নহে। এই মুখ দ্বারা ভ্রূণের অবশিষ্ট পদার্থ সমূহ ক্রমে ক্রমে বহির্গত হইতে থাকে।

জরায়ুর সংলগ্ন নলাংশে সকল অণ্ড অবস্থিত হইলে ৪—৬ সপ্তাহ মধ্যে নল বিদীর্ণ ও অণ্ড পেরিটোনিয়ম কিম্বা জরায়ু গহ্বরে পতিত হয়। ব্রড লিগামেন্টের স্তরদ্বয়ের মধ্যে কখনই প্রবিষ্ট হয় না।

নলীয় গর্ভের লক্ষণ।—স্ত্রীলোকের অকস্মাৎ বিশ্বাস জন্মে যে, সে অন্তঃস্বত্ত্বা হইয়াছে, আর্ত্তবস্রাব রোধ, প্রাতর্ব্বমন, স্তনের পূর্ণত্ব প্রভৃতির বিবরণ অবগত হওয়া যাইতে পারে। নল বিদীর্ণ হওয়ার পূর্ব্বে নলের স্থানে সামান্য বেদনা এবং ঐ নল পরীক্ষা করিলে অনতি বৃহৎ অনুমিত হইতে পারে। অথচ তৎপূর্ব্বে নলের কোন পীড়ার ইতিবৃত্ত থাকে না।

নল বিদীর্ণ বা নলীয় গর্ভস্রাব হইলে প্রবল বেদনা এবং আভ্যন্তরিক শোণিত স্রাবের লক্ষণ উপস্থিত হয়। জরায়ু হইতে ডেসিডুয়া নিঃসৃত হয়। সহসা নল বিদীর্ণ হওয়ায় এত শীঘ্র মৃত্যু হইতে পারে যে, বিষ প্রয়োগে মৃত্যু হইয়াছে বলিয়া সন্দেহ হইতে পারে। লেখক স্বয়ং এরূপ ঘটনা প্রত্যক্ষ করিয়াছেন।

প্রাথমিকবিদারণের পর ভ্রূণ পরিপুষ্ট হইতে থাকিলে তৃতীয় মাস হইতে জরায়ু অল্প বর্দ্ধিত ও তাহার মুখ কোমল এবং উন্মুক্ত ; আর্ত্তবস্রাব রোধ ; ডেসিডুয়ার আংশিক বা পূর্ণ স্রাব ; স্তনে দুগ্ধ ; এবং জরায়ুর পার্শ্বে ব্রড লিগামেণ্ট মধ্যে ক্রমিক বর্দ্ধনশীল বেদনাযুক্ত স্ফীতত্তা ইত্যাদি লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে। ভ্রূণের মৃত্যু হইলে তাহা স্থির করা অত্যন্ত কঠিন।

স্বাভাবিক স্থানে ও নল মধ্যে এবং অণ্ডাধারের অর্ব্বুদ স্বত্ত্বে নলমধ্যে গর্ভ সঞ্চার হইতে পারে, তাহা স্মরণ রাখা উচিত। স্বাভাবিক গর্ভ, পশ্চাৎ বক্র জরায়ু, জরায়ুর শৃঙ্গে গর্ভ, অণ্ডাধারের অর্ব্বুদ, সরলান্ত্রে কঠিন মল, পাইওস্যালপিনক্স, এবং হাইড্রোস্যালপিনক্স ইত্যাদির সহিত ভ্রম হওয়া আশ্চর্য্য নহে।

চিকিৎসা।—প্রাথমিকবিদারণ বা গর্ভস্রাবের পর আভ্যন্তরিক শোণিত স্রাব জন্য রোগিণীর জীবন সঙ্কটাপন্ন—ইহা স্থির হইলে উদর প্রাচীর কর্ত্তন করিয়া শোণিত স্রাব রোধ করা আবশ্যক। উফরেকটমী

অস্ত্রোপচারের প্রণালীতে অস্ত্র করিয়া শোণিতস্রাবের স্থান বন্ধন করা উচিত। উদরগহ্বরের সঞ্চিত শোণিত বহির্গত এবং ১১০F উষ্ণ জল চালিত করা যাইতে পারে।

প্রাথমিকবিদারণের পর ব্রড লিগামেণ্ট মধ্যে ভ্রূণ অবস্থিত ও বর্দ্ধিত হইতে আরম্ভ করিলে অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে বিশেষ বিবেচনা করা কর্ত্তব্য। পুনর্ব্বার শোণিত স্রাবের লক্ষণ উপস্থিত মাত্র অস্ত্রোপচারের আবশ্যকতা উপস্থিত হইতে পারে। গর্ভ চতুর্থ মাসের মধ্যে থাকিলে কখন কখন ভ্রূণ, নল, অণ্ডাধার এবং ঝিল্লি দূরীভূত করিতে হয়। এইরূপ স্থলে সাধারণ ওভেরিওটমী অস্ত্রোপচারের অনুরূপ ব্রড লিগামেণ্ট বিদ্ধ করিয়া বন্ধন করা উচিত; কিন্তু চারিমাস অতীত হইলে এই প্রণালী অবলম্বন করা সম্ভবপর নহে; কারণ, তখন ফুলের আয়তন বৃহৎ হয়। তজ্জন্য উদর প্রাচীর কর্ত্তন করার পর আবরক থলী কর্ত্তন করিয়া ভ্রূণ, ফুল, এবং সংযত রক্ত ইত্যাদি বহির্গত করিয়া স্পঞ্জদ্বারা শোণিতস্রাব বন্ধ করতঃ থলীর কর্ত্তনের কিনারা উদরপ্রাচীরের কিনারার সহিত সেলাই দ্বারা আবদ্ধ এবং ড্রেণেজ টিউব স্থাপন করিতে হয়।

পঞ্চম মাসের পর থলী এবং ফুল সম্বন্ধে পৃথক ভাবে বিবেচনা করা কর্ত্তব্য। থলী সম্বন্ধে পূর্ব্বোক্ত প্রণালী উৎকৃষ্ট।

জীবিত ভ্রূণের ঊর্দ্ধে ফুল থাকিলে অস্ত্রোপচার সময়ে অসুবিধা উপস্থিত হয় সুতরাং পূর্ব্বেই ফুল বহির্গত করা উচিত, কিন্তু ভ্রূণের নিম্নে ফুল থাকিলে যথাস্থানে রাখাই উচিত। পূয়োৎপত্তি বা শোণিত দুষ্টতা উপস্থিত হইলে ক্ষত পুনর্ব্বার উন্মুক্ত করিয়া ফুল বহির্গত করিতে হয়।

মৃত ভ্রূণের স্থলে ফুল দূরীভূত করাই সৎপরামর্শ। কারণ তদবস্থায় শোণিত স্রাবের আশঙ্কা থাকে না।

মৃত ও বিগলিত ভ্রূণের স্থলে চিকিৎসা প্রণালী সহজ। শোষ

যায়ের মুখ প্রসারিত করতঃ অস্থি; কেশ ইত্যাদি আবদ্ধ পদার্থ সমূহ বহির্গত করিয়া পচন নিবারণ প্রণালীতে চিকিৎসা করিলে অল্প সময় মধ্যেই শোষ আরোগ্য হয়।

নলীর গর্ভে পঞ্চম হইতে নবম মাসের মধ্যে ভ্রূণ জীবিত থাকিলে অস্ত্রোপচার সময় ফুলের অংশ হইতে অত্যন্ত শোণিত স্রাব হওয়ায় বিপদ উপস্থিত হয়, তজ্জন্য নল বা ব্রড লিগামেণ্ট মধ্যে গর্ভ স্থির নিশ্চিত হইলে অনতিবিলম্বে অস্ত্রোপচার করাই সৎপরামর্শসিদ্ধ। ভ্রূণের শোণিত সঞ্চালন বন্ধ হইলে শোণিতস্রাবের আশঙ্কা থাকে না। এইজন্য কেহ কেহ বৈদ্যুতিক স্রোত পরিচালিত করিয়া ভ্রূণ নষ্ট করিতে যত্ন করিয়া থাকেন। কিন্তু উদ্দেশ্য সিদ্ধ হয় কি না, সন্দেহ।

সপ্তবিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয়ের পীড়া।

(Affection of the ovaries এফেকসন অব্ দি ওভেরিস)

শ্রেণী বিভাগ।

অস্বাভিকত্ব

" অভাব

" অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধন

স্থানভ্রষ্ট

" হার্নিয়া

প্রোলাপস্

অণ্ডাশয়ের প্রদাহ

" অ-কৌষিক } তরুণ এবং

" কৌষিক } পুরাতন

নিরেট অর্ব্বুদ

কার্সিনোমা

সারকোমা

ফাইব্রোমা

টিউবারকেল

সিষ্টোমা

অণ্ডাশয়ের স্থান ভ্রষ্টতা।

(Displacements of the ovary)

হার্ণিয়া অফ্ দি ওভেরী (Hernia of the ovary)।—অণ্ডাশয়ের হার্নিয়া অতি বিরল ঘটনা। আকস্মিক এবং উভয় পার্শ্বে হইতে পারে। আঘাতাদি আকস্মিক ঘটনায় হওয়া অসম্ভব নহে। জননেন্দ্রিয়ের আজন্ম অস্বাভাবিকতার জন্যও হার্নিয়া হইতে পারে।

নির্ণয়।—কুচকীর উপরে কাঠবাদামের অনুরূপ স্ফীততা প্রকাশিত হয়। কাশিলে বা বেগ দিলে ইঙ্গুইন্যাল কেনালের মধ্যে স্ফীততা অনুমিত হইতে পারে। জরায়ুতে হুক বিদ্ধ করিয়া নিয়ে আকর্ষণ করিলে উক্ত স্ফীততাও আকর্ষিত হয়। আর্ত্তবস্রাব সময়ে অণ্ডাশয়ে বেদনা হইয়া থাকে। প্রত্যাবর্ত্তক লক্ষণ সমূহও উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। কোন শূন্যগর্ভ যন্ত্র দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিবে। যন্ত্রণা অধিক হইলে দূরীভূত করাই সৎপরামর্শ।

অণ্ডাশয়ের স্থান-ভ্রষ্টতা (Prolapse)।—অণ্ডাশয় জরায়ুর পশ্চাতে বা সম্মুখে, উল্টান জরায়ুর ফণ্ডস্ মধ্যে অথবা অপর স্থানেও স্থান ভ্রষ্ট হইয়া অবস্থিত হইতে পারে।

কারণ।—অন্তঃস্বত্ত্বাবস্থা, প্রসব, জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা, অণ্ডাশয়ের রক্তাধিক্য, এবং আকস্মিক আঘাত ইত্যাদি।

নির্ণয়।—যোনি এবং সরলান্ত্রের পরীক্ষায় স্থির হইতে পারে। অণ্ডাশয়ের চৈতন্যাধিক্য বশতঃ সন্তাপে অবস্থিত স্থান নির্ণীত হয়।

চিকিৎসা।—সঙ্গম পরিবর্জ্জন, ঔষধীয় উষ্ণ জলের ডুস, বিরেচক লাবণিক জল, ব্রোমাইড, গ্লিসিরিণের রিং পেশারী প্রয়োগ করিলেও উপকার হইতে পারে। কেহ কেহ হজের পেশারীসহ এয়ার গ্লিসিরিণ প্যাড প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন। রোগিণীর শয্যার পাদদেশ

শীর্ষদেশ অপেক্ষা ছয় ইঞ্চ উচ্চ হওয়া আবশ্যক। পার্শ্ব দিকে স্থানভ্রষ্ট অণ্ডাশয়ের পক্ষে মণ্ডীর পেশারী উৎকৃষ্ট।

স্থানভ্রষ্ট অণ্ডাশয় উচ্ছেদ করিতে হইলে যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরে কর্ত্তন ও তন্মধ্যদিয়া ফরসেপস প্রবেশ করাইয়া অণ্ডাশয় বহির্গত করিয়া আনিয়া মূল বন্ধন এবং কাঁচিদ্বারা কর্ত্তন করিয়া উচ্ছেদ করিতে হয়। কর্ত্তন মধ্যে ড্রেনেজ টিউব স্থাপন করিয়া যথারীতি চিকিৎসা করিবে।

অণ্ডাশয়ের প্রদাহ।

(Ovaritis ওভেরাইটিস।)

শ্রেণী বিভাগ।

- অণ্ডাশয় প্রদাহ—অকৌষিক
  - তরুণ—
    - কর্টিক্যাল।
    - ইণ্টারষ্টিসিয়াল।
    - প্যারাঙ্কাইমেটাস।
  - পুরাতন—
    - কর্টিকাল।
    - ডেসিমিনেটেড—
      - হাইপারট্রফিক।
      - এট্রোফিক

- অণ্ডাশয় প্রদাহ—কৌষিক
  - (ক) হাইড্রো-সিষ্ট
    - ফলিকলের ড্রপসী
    - ষ্ট্রোমার ড্রপসী
  - (খ) হিমেটো-সিষ্ট
    - ফলিকিউলার
      - বহুসংখ্যক—ক্ষুদ্র— সংক্রমনজাত।
      - অল্পসংখ্যক—বৃহৎ—পেরিমিট্রিকপ্রদাহজাত।
    - কর্পরালোটিয়ার মধ্যস্থিত।
    - ষ্ট্রোমার মধ্যস্থিত।
  - (গ) পাইও-সিষ্ট।

নিদানতত্ব।—অণ্ডাশয়ের পীড়া সমূহ তাহার গঠনোৎপন্ন কারণ অপেক্ষা তৎসন্নিকটবর্ত্তী পেরিটোনাইটিস এবং সেলুলাইটিস কারণ

হইতেই অধিক হইতে দেখা যায়। ঐ স্থানের সৈহিক ঝিল্লির প্রদাহ হইলে অণ্ডাশয়ও অল্লাধিক আক্রান্ত হইয়া থাকে। অণ্ডাশয়ের তরুণ এবং পুরাতন প্রদাহ কিম্বা রক্তাধিক্যের ফলে জরায়ুর প্রদাহসংশ্লিষ্ট পীড়া হওয়ার সম্ভাবনা।

অণ্ডাশয়ে দীর্ঘকাল প্রবল রক্তাবেগ বর্ত্তমান থাকিলে সংযোগ তন্তুর বিবৃদ্ধি, সৌত্রিক তন্তুর স্থূলত্ব এবং রস সঞ্চয় ব্যতীত অপর বিশেষ কোন পরিবর্ত্তন না হইতে পারে। সাধারণতঃ উক্ত ঘটনা সন্তাপ জনিত ফল। ফলিফল সমূহ আবরুদ্ধ হওয়ার পরিণাম—অণ্ডাশয়ের জীর্ণ শীর্ণতা। এইরূপ স্থলে পরিপুষ্ট অণ্ডোৎপত্তির অভাবে পীড়িতা বন্ধ্যা হয়। দীর্ঘকাল স্থায়ী প্রবল রক্তাবেগ এবং প্রদাহের পরিণামে অণ্ডাশয় মধ্যে স্ফোটকের উৎপত্তি হয়। কোন কোন স্থলে কৌষিক অপকর্ষতা হইতেও দেখা যায়। বিধান মধ্যে শোণিত নিঃসৃত হইলে সংযত শোণিতচাপ শোষিত এবং পরিবর্দ্ধিত হইলে কোষার্ব্বুদের উৎপত্তি হইতে পারে। এই সমস্ত ঘটনা অতি বিরল। নল ইত্যাদির প্রদাহে যেরূপ পূয়োৎপত্তি, সন্নিকটবর্ত্তী বিধানসহ সংযোগ দ্বারা আবদ্ধ ইত্যাদি অবস্থা উপস্থিত হয়। অণ্ডাশয়ের প্রদাহেও তদ্রূপ অবস্থা উপস্থিত হয়, তজ্জন্য অনেকে উভয় পীড়া একত্রে উফরো-স্যল-পিঞ্জাইটিস.(Oophoro-salpingitis) নামে উল্লেখ করেন। অনেক স্থলে নলের পীড়া আরম্ভ হওয়ার পরে অণ্ডাশয় পীড়িত হয়।

কর্টিক্যাল ওভেরাইটিস (Cortical ovaritis) প্রথমে পেরিউফরাইটিস (Perioophoritis) অর্থাৎ অণ্ডাশয়ের সন্নিকট-বর্ত্তী পেরিটোনিয়ম প্রদাহিত হইলে তৎপরে পরম্পরিতভাবে অণ্ডাশয়ের আবরক সৈহিক ঝিল্লি প্রদাহিত হয়। প্রদাহের ফলে অণ্ডাশয়ের গাত্রে লসীকা সঞ্চিত হইয়া নবজাত ঝিল্লির অনুরূপ আকৃতিতে অবস্থিত হয়; অন্যান্য যন্ত্রের সহিত আবদ্ধ হইয়া পড়ে। প্রদাহ অণ্ডাশয়ে

হইয়া পুরাতন ভাব ধারণ করে। অণ্ডাশয় বৃহৎ ও বর্ত্তুলাকার এবং টিউনিকা এলবুজিনিয়া ঝিল্লি স্থূল ও অপরিষ্কার হয়; এই প্রদাহ পুরুষের টিউনিকা ভেজাইনেলিস প্রদাহের অনুরূপ। প্রমেহই ইহার প্রধান কারণ।

ইণ্টারষ্টিসিয়াল ওভেরাইটিস্ (Interstitial Ovaritis)।—এই শ্রেণীর প্রদাহে অণ্ডাশয় বৃহৎ, শোথযুক্ত, কোমল ও রসপূর্ণ হয়। কর্ত্তন করিলে অভ্যন্তর উজ্জ্বল ও আর্দ্র দেখায়। তন্মধ্যে পীতাভ পূয, রক্ত, রক্তরস বা ক্ষুদ্র স্ফোটক থাকিতে পারে। পীড়া প্রবল হইলে সমস্ত বিধান কোমল হয়। শোণিত দুষ্টতা এবং সূতিকা দোষ ইহার প্রধান কারণ। পরিণামে প্রায় বন্ধ্যা হয়।

প্যারাঙ্কাইমেটাস বা ফলিকিউলার। (Parenchymatous or Follicular) ওভেরাইটিস শ্রেণীর প্রদাহের সামান্য পরিবর্ত্তন সহজে অনুমিত হয় না। পীড়া বৃদ্ধি হইলে ফলিকলের অভ্যন্তরস্থিত পদার্থ অপরিষ্কার ও পূযবৎ, ইপিথিলিয়ম স্ফীত ও অঙ্কুরবৎ অপকৃষ্ট হওয়ায় অণ্ড অস্বচ্ছ হয়, কিন্তু অণ্ডাশয় বর্দ্ধিত হয় না। সংক্রামক জ্বর, কলেরা, পুনঃপৌণিক জ্বর, শোণিতদুষ্টতা, এবং আর্সেনিক ও ফসফরস বিষাক্ততায় এই পীড়া উপস্থিত হয়। রোগ নির্ণয়ের কোন বিশেষ লক্ষণ নাই।

অণ্ডাশয়ের পুরাতন প্রদাহ (Chronic ovaritis)—বিশেষ পরিবর্ত্তন অল্পই অনুমিত হয়। অনেক স্থলেই এতৎ সম্বন্ধে বিভিন্ন মত পরিলক্ষিত হয়, কেহ কেহ অণ্ডাশয়ে সামান্য বেদনা থাকিলেই পুরাতন প্রদাহ মনে করেন অপর কেহ বা স্নায়বীয় বেদনা বলিয়া উপেক্ষা করেন। অনেক স্থলে সংযোগ তন্তুসমূহ ঘনসন্নিবিষ্ট-তরঙ্গায়িত—সৌত্রিক তন্তুতে পরিবর্ত্তিত হয়। ইহার শোণিতবাহিকা এবং কোষের সংখ্যা অল্প। শোণিতবাহিকার পার্শ্বস্থিত সংযোগতন্তু স্থূল হওয়ায় এই ঘটনায় নানারূপ পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়।

ক্রণিক কর্টিক্যাল ওভেরাইটিসে কৃত্রিম ঝিল্লিদ্বারা অণ্ডাশয় আবৃত থাকে। তন্মধ্যে রক্তরসসঞ্চিত দেখা যায়। অণ্ডাশয়ের বাহ্য কিয়দংশ আক্রান্ত হয় সুতরাং শোণিতসঞ্চালনের বিঘ্ন হওয়ায় ফলিকল মধ্যে রস সঞ্চিত হইয়া থাকে. শোণিত স্রাবের ফলও লক্ষিত হওয়া সম্ভব। তজ্জন্য যান্ত্রিকগঠন বিকৃত হওয়ায় আবরক কোষ ক্ষয়, সিষ্টিক ফলিকল, শোণিতপূর্ণ থলী এবং বিধান মধ্যে শোণিতস্রাব ইত্যাদি পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয়। পুরাতন প্রদাহে অণ্ডাশয়বৃদ্ধিতে সৌত্রিক বিধানের আধিক্য এবং ফলিকল বিনষ্ট হয়। ইহা ক্ষয় আরম্ভ হওয়ার দ্বিতীয় অবস্থা। বিধান আকুঞ্চিত হইতে আরম্ভ হইলেই প্রকৃত ক্ষয় আরম্ভ হয়।

সিষ্টিক ওভেরাইটিস্ (Cystic ovaritis)।

প্রদাহ জন্য অণ্ডাশয়ের মধ্যে বা তাহার কোন অংশে রস, রক্ত বা পূয়সঞ্চিত হওয়ার ফলে তৎস্থান প্রসারিত হইয়া অর্ব্বুদাক্রান্ত ধারণ করিলে সিষ্টিক ওভেরাইটিস নামে অভিহিত হয়। ইহাতে এক একটী থলী—আবরককোষ—এবং থলীর মধ্যে তরল পদার্থ পরিপূর্ণ থাকে। প্রদাহ জন্য অণ্ডাশয় ও নল উভয়ে জড়ীভূত হইয়া পড়ে। উদর কর্ত্তন-পরীক্ষা ব্যতীত পার্থক্য নির্ণয় অসম্ভব, তজ্জন্য সিষ্টিক-স্যালপিঞ্জো-ওভেরাইটিস্ সংজ্ঞা দেওয়াই সুবিধা।

হাইড্রো-সিষ্টিক (Hydro-cystic) ওভেরাইটিস হইলে অণ্ডাশয়ের গঠন পরিবর্ত্তিত হইয়া জলবৎ পদার্থ সঞ্চিত এবং তদীয় সঞ্চাপের ফলে অবশিষ্ট বিধান ক্ষয় প্রাপ্ত হয়। অর্ব্বুদসমূহ পরস্পর পৃথক থাকে। ইহা বর্ত্তুলাকার, মধ্যস্থিত তরল পদার্থ স্বচ্ছ জলবৎ। আয়তনে কমলা লেবুবৎ বৃহৎ হইতে পারে।

হিমেটো-সিষ্টিক (Hæmato-cystic) ওভেরাইটিস নানা প্রকার হইতে দেখা যায়। প্রথম শ্রেণীর পীড়ায় অণ্ডাশয়ের গঠন মধ্যে

ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বহু সংখ্যক শোণিতপূর্ণ কোষাবৃত অর্ব্বুদ জন্মে। শোণিতদূষিত পীড়া হইতে উদ্ভূত রক্তার্ব্বুদ এই প্রকৃতি ধারণ করে। দ্বিতীয় শ্রেণীর পীড়া—হাইড্রোসিষ্টের প্রাচীর হইতে শোণিত নিঃসৃত হইয়া হিম্যাটো-সিষ্টে পরিণত হয়। ইহা অপেক্ষাকৃত বৃহদায়তন বিশিষ্ট, সংখ্যায় অত্যল্প। তৃতীয় শ্রেণী—গ্রাফিয়ান ফলিকল বিদীর্ণ হইয়া শোণিত নিঃসৃত এবং সঞ্চিত হয়। চতুর্থ শ্রেণী, তরুণ প্রদাহের স্থলে বিধান মধ্যে শোণিত নিঃসৃত হইয়া বিস্তৃত তন্তুতঃ সঞ্চিত হইতে পারে। এই ঘটনায় অণ্ডাশয়ের বিধান প্লীহার বিধানের অনুরূপ অবস্থা প্রাপ্ত হয়।

পাইও-সিষ্টিক (Pyo-cystic) ওভেরাইটিস।—ইহাতে অণ্ডাশয় কোষ কিম্বা লসীকার স্থানে পূয়োৎপত্তি হইয়া সঞ্চিত এবং ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র স্ফোটকের অনুরূপ আকৃতিতে পরিণত হয়। কোন কোনটীর প্রাচীর ক্ষয় হইয়া যাওয়ায় কয়েকটী স্ফোটক একত্রে সম্মিলিত হওয়ায় একটী বড় স্ফোটক হইতে পারে। এমতও দেখা গিয়াছে যে, একটী হাইড্রোসিষ্টের সন্নিকটেই কপোতডিম্ববৎ অপর একটী পাইওসিষ্ট বর্ত্তমান রহিয়াছে।

কারণ।—আর্ত্তবস্রাব সময়ে শৈত্য সংলগ্নে এবং প্রমেহ পীড়ার প্রথমাবস্থায় কদাচিৎ কেবলমাত্র অণ্ডাশয়ের প্রদাহ হইতে দেখা যায়। ইহা অতিবিরল। অত্যধিক সুরাপানের ফলেও হইতে পারে। অণ্ডাশয়ের স্নায়ুর উত্তেজনার পরিণামে অণ্ডাশয়ের প্রদাহ হইতে পারে। ইহা পুরুষের মুষ্ক প্রদাহের অনুরূপ। অত্যধিক সঙ্গম, হস্তমৈথুন, এবং জরায়ুর অভ্যন্তরে সাউণ্ড পরিচালনার জন্যও অণ্ডাশয়ের প্রদাহ হয়। অন্যান্য কারণ অণ্ডবহনলের প্রদাহের কারণের সমতুল্য।

নির্ণয়।—রোগিণীকে যথোপযুক্ত ভাবে শয়ান করাইয়া এক হস্তের অঙ্গুলী যোনি মধ্যে ও অপর হস্তের অঙ্গুলী দ্বারা উদর প্রাচীরের

নিম্নাংশে সঙ্কাপ দিলে ইঙ্গুইন্যাল* স্থানে উভয় হস্তের মধ্যস্থলে প্রদাহগ্রস্ত অণ্ডাশয় অনুমিত হয়। উদরপ্রাচীরের নিম্নাংশে ও যোনি মধ্যে বৃহৎ ও বেদনাযুক্ত অণ্ডাশয় অঙ্গুলি সঙ্কাপে অনুভব করা যায়। সরলান্ত্র মধ্যদিয়া পরীক্ষা করা আবশ্যক। যোনি ও সরলান্ত্রের পরীক্ষায় প্রকৃত অবস্থা স্থির হয়। অণ্ডাশয় বৃহৎ হইলে কাঠবাদাম কিম্বা কপোত ডিম্বের অনুরূপ বৃহৎ হইতে পারে, অণ্ডাশয়ের স্থানে সঙ্কাপিত করিলে বেদনার বৃদ্ধি হয়। হিষ্টিরিয়া পীড়াগ্রস্তা স্ত্রীলোকের বেদনা সাবধানে বিবেচনা করা কর্ত্তব্য; কারণ তাহারা প্রত্যেক বিষয়ই অতি রঞ্জিত করিয়া থাকে। অন্যান্য বিষয় নলের পীড়ার অনুরূপ।

লক্ষণ।—আক্রমণের প্রকৃতি ও অপর গঠন পীড়িত হওয়ার পরিমাণ অনুসারে বিভিন্ন লক্ষণ উপস্থিত হয়। জরায়ুর এবং বস্তিগহ্বরের সকল প্রদাহেই অণ্ডাশয়ে রক্তাধিক্য হইয়া থাকে। প্রবল প্রদাহ হইলে স্ফোটক হইতে পারে। অণ্ডাশয়ের তরুণ ও পুরাতন প্রদাহ জন্য বেদনা, হিষ্টিরিয়া, সঙ্গমকষ্ট, স্নায়বীয় বেদনা, প্রত্যাবর্ত্তক লক্ষ সমূহ, রজঃকৃচ্ছ্র, মলমূত্র ত্যাগে কষ্ট, ও বন্ধ্যাত্ব ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়। সাধারণ পেরিমিট্রাইটিস প্রভৃতির লক্ষণসহ অন্যান্য লক্ষণ উপস্থিত হয়। প্রদাহ জন্য অণ্ডাশয়, নল, জরায়ু প্রভৃতি আবদ্ধ থাকার সম্ভাবনা।

চিকিৎসা।—প্রদাহের তরুণাবস্থায় শান্ত সুস্থির ভাবে শয্যায় শায়িতা রাখিয়া বস্তিগহ্বরের অন্যান্য যন্ত্রের প্রদাহের অনুরূপ চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করিবে। নিতম্বদেশ উচ্চাবস্থায় স্থাপন, কুচকীর উপরে বা মলদ্বারে জলৌকা প্রয়োগ, ফোস্কা উৎপাদন, আইওডিন প্রয়োগ, উষ্ণ ডুস, গ্লিসিরিণট্যাম্পন, বিরেচক, শোণিত স্রাব থাকিলে আর্গট, ব্রোমাইড পটাশ এবং পুরাতন অবস্থায় আইওডাইড প্রয়োগ করিবে। বেদনা নিবারণ জন্য নিম্ন লিখিত ঔষধ উৎকৃষ্ট।

Re

ক্লোরফরম	℥i
লিনিমেণ্ট বেলেডোনা	℥ss
ম্যাষ্টিক	ʒii
ক্যাম্ফার	ʒii
স্পিরিট রেক্টিফাইড	℥i

একত্র মিশ্রিত করিয়া কুচকীর উপরে তুলিদ্বারা প্রত্যহ প্রলেপ দিতে হয়। এই সমস্ত চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করিয়া দীর্ঘ কালেও উপকার না হইলে অথবা একবার উপশম ও তৎপর বৃদ্ধি, এইরূপ পুনঃ পুনঃ হইতে থাকিলে যদি রোগিণীর জীবন দুর্ব্বহ হইয়া পড়ে, তবে উদর প্রাচীর কর্ত্তন করিয়া পীড়িত অণ্ডাশয় ও নল দূরীভূত করা উচিত; বিশেষ বিবেচনা এবং রোগিণী ও তাহার আত্মীয়দিগের সম্মতি গ্রহণ করিয়া তৎপর অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য। অস্ত্রোপচারের পরিণাম এমত সাবধানে ব্যক্ত করিবে যে, তজ্জন্য ভবিষ্যতে দুর্নাম গ্রস্ত না হইতে হয়।

অষ্টবিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয় ও অণ্ডবহানল উচ্ছেদ অস্ত্রোপচার।

(Salpingo-oophorectomy operation
স্যালপিঞ্জো উফরেক্টমি অপারেশন।)

কর্ত্তব্যাকর্ত্তব্য।—(১) দ্রুত বর্দ্ধনশীল, অপ্রতিবিধানীয়, প্রবল শোণিতস্রাব সমন্বিত, ক্ষুদ্র মস্তকের অনুরূপ আয়তন বিশিষ্ট সৌত্রিক অর্ব্বুদ, (২) ত্রিশ বৎসরের ন্যূন বয়স্কা স্ত্রীলোকের দ্রুত বর্দ্ধনশীল

অর্ব্বুদ, (৩) বিধান মধ্যস্থিত ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ, (৪) লিগামেণ্ট মধ্যে ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ, (৫) হিষ্টেরেক্টমী অস্ত্রোপচারে অসম্মতা কিন্তু স্যালপিঞ্জো উফোরেক্টমী অস্ত্রোপচারের সম্মতা স্ত্রীলোক, (৬) মারাত্মক শোণিত স্রাব রোধের অন্য কোন উপায় না থাকা, (৭) নল ও অণ্ডাশয়ের পীড়ার চিকিৎসায় সমস্ত উপায় ব্যর্থ হইয়াছে, এবং রোগিণীর জীবন শঙ্কটাপন্নাবস্থায় আছে, (৮) নল ইত্যাদির পীড়ার জন্য সাধারণ চিকিৎসায় কোন উপকার হয় নাই অথচ রোগিণীর জীবন দুর্ব্বহ হইয়া পড়িয়াছে, অথবা অকস্মাৎ মৃত্যুর সম্ভাবনা রহিয়াছে, (৯) বস্তিগহ্বরের সন্তাপ জন্য নল ইত্যাদি আক্রান্ত হওয়ার বিষয় পূর্ব্বে যাহা উল্লিখিত হইয়াছে, (১০) রজঃকৃচ্ছ্র পীড়ার সমস্ত চিকিৎসা ব্যর্থ হইয়াছে, রোগিণীর জীবন দুর্ব্বহ, স্নায়ুশক্তি অবসাদ প্রস্ত হইলে, (১১) মৃগী বা হিষ্টেরো-এপিলেপসী পীড়ার কারণ অণ্ডাশয়ের প্রদাহ, অপকর্ম্মতা, স্থানভ্রষ্টতা কিম্বা বিবৰ্দ্ধিতত্বাই নিশ্চিত স্থির হইলে তৎসহ নল আক্রান্ত বা অনাক্রান্ত থাকিলেও পীড়িত অণ্ডাশয় ও তৎসংলগ্ন বিধান উচ্ছেদ করা যাইতে পারে। কিন্তু চিকিৎসায় উপকার বা উপশম হইলে অথবা যথোপযুক্ত চিকিৎসা না হইয়া থাকিলে অস্ত্রোপচার না করিয়া সাধারণ চিকিৎসার ফলের উপর নির্ভর করা উচিত। আসন্ন মৃত্যুর সম্ভাবনা না থাকিলে অন্ততঃ এক, কি দুই বৎসর কাল এইরূপ চিকিৎসার উপর নির্ভর করা উচিত। এমত অনেক ঘটনা লিপিবদ্ধ আছে যে, ৩।৪ মাস চিকিৎসা করায় কোন উপকার হয় নাই, তৎপরে উপকার হইয়াছে। কিন্তু সর্ব্বত্র একই নিয়ম অবলম্বন করা বিধেয় নহে, কারণ স্রাব সঞ্চিত হওয়ার জন্য তলপেটে সন্তাপ দিলে যে দলার ন্যায় পদার্থ অনুমিত হয়, সর্ব্বদা বেদনা বর্ত্তমান ও শরীর ক্ষয় হইতে থাকে, তাহা রস বা শোণিত সঞ্চিত হওয়ার ফল হইলে এক কি দুই মাস মধ্যেই উপশম হইতে পারে। ঐ সময় মধ্যে উপশম না হইলে আর আশা করা বৃথা। তরল পদার্থ

বহির্গত করিতে যত্ন করাই উচিত। তিন চারি মাস পর দলার ন্যায় পদার্থ ক্রমে ক্ষুদ্র, শরীর অপেক্ষাকৃত স্থূল এবং অল্প বেদনা বর্ত্তমান থাকিলে অস্ত্রোপচারের প্রস্তাব না করাই শ্রেয়। এক প্রণালীর চিকিৎসায় উপকার না হইলে অন্য প্রণালী অবলম্বন করা বরং শ্রেয়, তত্রাচ অনতিবিলম্বে অস্ত্রোপচার করা উচিত নহে।

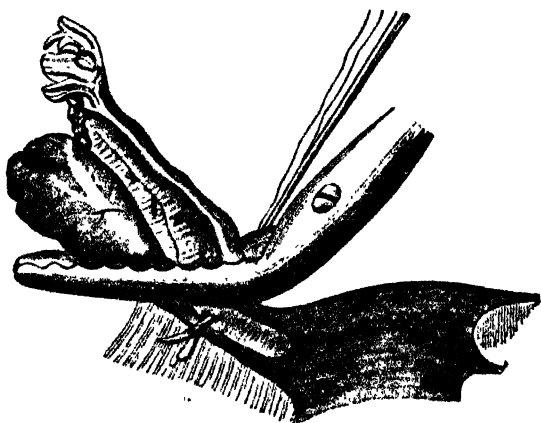
অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে রোগ নির্ণয় পক্ষে বিশেষ সতর্ক হওয়া উচিত। কারণ রজঃকৃচ্ছ্রতা, শোণিত স্রাব, বেদনা, এবং সীমা বিশিষ্ট স্ফীততা যে কেবল পাইও-স্যালপিনক্সেই হয়, এমত নহে। অনেক কারণে ঐরূপ হইতে পারে।

এমত বিবরণ লিপিবদ্ধ দেখা যায় যে, অণ্ডাশয় আদি উচ্ছেদ ব্যতীত আরোগ্যের অন্য কোন উপায় নাই, অভিজ্ঞ চিকিৎসক এমত অভিমত ব্যক্ত করিয়াছেন। কিন্তু রোগিণী অস্ত্রোপচার করায় নাই। তৎপর সে সুস্থ সন্তান প্রসব করিয়াছে।

অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে অস্ত্রোপচার সংশ্লিষ্ট সমস্ত দুর্ঘটনা এবং পরিণাম ফল রোগিণী ও তাহার নিকট আত্মীয়কে বিশদভাবে হৃদয়ঙ্গম করাইয়া দেওয়া উচিত। উদর বা যোনি প্রাচীর কর্ত্তন করিয়া অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইতে পারে।

স্যালপিঙ্গো উফরেক্টমী অস্ত্রোপচার।

সৌত্রিক অর্ব্বুদ উচ্ছেদ অস্ত্রোপচারে যে ভাবে রোগিণী প্রস্তুত এবং তাহার উদরপ্রাচীর কর্ত্তন করিতে হয়। এ অস্ত্রোপচারেও তাহাই করিতে হয়। দুই ইঞ্চ দীর্ঘ কর্ত্তন করিয়া তর্জ্জনী ও মধ্যমাঙ্গুলী উদর গহ্বরমধ্যে প্রবেশ করাইয়া জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশে লইয়া তাহার বাহুদিকে ব্রড লিগামেন্টে—অণ্ডাশয় ও নলের অবস্থান স্থির করতঃ তৎসহ সংযোগ ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকিলে তাহা সাবধানে বিযুক্ত করিবে। সমস্ত প্রদাহজ সংযোগ বিযুক্ত হইলে নল ও অণ্ডাশয়

আকর্ষণ পূর্ব্বক উদরপ্রাচীরের কর্ত্তনের সন্নিকটে আনিবে বা আবশ্যক হইলে কর্ত্তনের পার্শ্বদ্বয় নিম্নদিকে সঙ্কাপিত করিয়া অণ্ডাশয়াদি কর্ত্তনের অল্প বহির্দ্দেশেও আনা যাইতে পারে। নল বা অণ্ডাশয়মধ্যে পূয়াদি সঞ্চিত থাকিলে তাহা এস্পিরেটার দ্বারা পূর্ব্বেই বহির্গত করিয়া লওয়া সুবিধা। পূয়, অস্ত্রাদি সংস্পৃষ্ট হওয়ার প্রতিবিধান জন্য স্পঞ্জ ব্যবহার করিতে হয়। দোহারা লিগেচারের ফাঁস সূচিকা দ্বারা ব্রড লিগামেণ্টের মধ্যস্থলে বিদ্ধ করিয়া অপর পার্শ্বে বহির্গত করিতে হয়। অনেকে কনুইয়ের অনুরূপ বক্র ফরসেপ্‌স্ দ্বারা অণ্ডাশয়-নল ধারণ করিয়া তন্নিম্নে—জরায়ুর সন্নিকটে পেডিকেল নিডল প্রবেশ করা-

১৬১তম চিত্র। কনুইয়ের অনুরূপ বক্র, বৃহৎ সঙ্কাপ ফরসেপ্‌স দ্বারা অণ্ডবহানলাদির মূলদেশ সঙ্কাপিত করিয়া ধারণ ও জরায়ুর সন্নিকটে—ধৃত স্থানের নিম্নাংশে ব্রড লিগামেণ্ট বিদ্ধ করিয়া পেডিকেল নিডলের সাহায্যে রেসম সূত্রের ফাঁস প্রবেশ করানের চিত্র।

ইয়া থাকেন। (১৬১তম চিত্র)। কিন্তু বিশেষ আবদ্ধ উপসর্গ না থাকিলে ফরসেপ্‌স্ ব্যবহার না করিলেও হইতে পারে। সূচিকা বিদ্ধ করার

সময়ে কোন শোণিতবাহিকা বিদ্ধ না হয়, তৎপক্ষে সতর্ক হওয়া উচিত। ফাঁস ঘুরাইয়া অপর পার্শ্বে আনিয়া তন্মধ্য দিয়া সূত্রের এক অন্ত আনিয়া উভয় অন্ত ধারণ করতঃ দৃঢ়রূপে আকর্ষণ করিলেই অত্যন্ত কষা হইবে। পরে আর দুইটী গ্রন্থি প্রদান করিলেই মূলদেশ দৃঢ় বন্ধন করা হইল। পরিশেষে বন্ধনের উপর হইতে নল ও অণ্ডাশয় কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করিতে হয়। বন্ধনের অত্যন্ত সন্নিকটে অথবা অধিক ব্যবধানে কর্ত্তন করা অনুচিত। বন্ধন হইতে এমন ব্যবধানে কর্ত্তন করিবে যে, বন্ধন স্খলিত হইতে না পারে। মূলদেশ হইতে শোণিতস্রাব হইতেছে কি না, তাহা পরীক্ষা করিয়া তৎপর ঐ অংশ অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট করাইয়া দিতে হয়। বস্তিগহ্বর মধ্যে কোন স্থানে শোণিত বা রসাদি থাকিলে তাহা স্পঞ্জ দ্বারা পরিষ্কার করিয়া উদর-প্রাচীরের কর্ত্তন যথাবিহিত সেলাই করিয়া বন্ধ করিতে হয়। পেরি-টোনিয়ম গহ্বর ধৌত করা হইলে ড্রেনেজটিউব সংস্থাপন উচিত। অনেক স্থলেই উভয় নল এবং উভয় অণ্ডাশয় উচ্ছেদ করিতে হয়।

অস্ত্রোপচারের বিঘ্ন।—(১) শোণিত দুষ্টতা, পচন নিবারক প্রণালীতে এই উপসর্গ কদাচিৎ উপস্থিত হয়। পেরিটোনিয়ম আহত না হয় এবং অভ্যন্তরে দূষিত পদার্থ না থাকে, এমত যত্ন করিতে হয়। (২) মূলদেশ ও বিচ্ছিন্ন সংলিপ্ত স্থান হইতে শোণিতস্রাব হইতে পারে। (৩) অন্য যন্ত্র আহত—বিশেষতঃ অন্ত্র ছিদ্রীভূত হইতে পারে। (৪) অন্ত্রাবরোধ।

কোন্ অংশ উচ্ছেদ করিবে ?—ডাক্তার লসন্‌টেট বলেন, উভয় পার্শ্বের অণ্ডাশয় এবং নল দূরীভূত করা আবশ্যক। কারণ কোনটীতে পীড়া না থাকিলেও পরে পীড়া হওয়ার বিশেষ সম্ভাবনা। অনেক স্থলেই উভয় পার্শ্বে পীড়িত বিধান দেখা যায়। কিন্তু এই যুক্তির বিরুদ্ধে এমত বলা যায় যে, উভয় পার্শ্বের নল এবং অণ্ডাশয় উচ্ছেদ করার পরেও পুনর্ব্বার তৎ সন্নিকটবর্ত্তী বিধানে প্রদাহ হইতে দেখা

গিয়াছে, সুতরাং অনেকের মতে কেবলমাত্র পীড়িত অংশ দূরীভূত করাই সৎ। অণ্ডাশয় কর্ত্তন করিয়া দেখিবে, যদি সুস্থ বোধ হয়, তবে তাহা সূক্ষ্ম সূত্র দ্বারা সেলাই করিয়া দিবে। অনেকের মতে আবদ্ধ নল বিযুক্ত ও তন্মধ্যস্থিত পদার্থ বহির্গত করিয়া অভ্যন্তর চাঁচিয়া এবং কটারাইজ করিয়া পুনর্ব্বার সেলাই দ্বারা কর্ত্তন বন্ধ করা উচিত। কেবলমাত্র পীড়িত অংশ দূরীভূত করা যাইতে পারে। অণ্ডাশয়ে ক্ষুদ্র সিষ্ট থাকিলে তাহাও কটারাইজ করিতে হয়। সামান্য অংশ পীড়িত হইলেই এই প্রণালী অবলম্বন করা যাইতে পারে। অত্যন্ত স্থূল বা অধিক অংশ পীড়িত হইলে এই কার্য্য অত্যন্ত কঠিন। নলের ঔদরিক অন্তের কিয়দংশ উচ্ছেদ করিলেও অবশিষ্ট অংশ দ্বারা তাহার কার্য্য হইতে পারে। নল-প্রাচীরের কিয়দংশ দূরীভূত করার ফল সন্তোষজনক নহে। নল সুস্থ এবং অণ্ডাশয় পীড়িত থাকিলে শেষোক্ত যন্ত্রের যত অংশ সম্ভব রক্ষা করিতে যত্ন করা উচিত। এক অণ্ডাশয়ে সিষ্টোমা হইলে তৎসহ অপর অণ্ডাশয়ও উচ্ছেদ করা অনুচিত। কিন্তু একটীতে সারকোমা হইলে তৎ-সহ অপরটীকে উচ্ছেদ করিতে হয়। এক পার্শ্বের প্রদাহ সম্ভূত পীড়ার জন্য অপর পার্শ্বের অণ্ডাশয় আদি উচ্ছেদ করা অনুচিত। আবদ্ধ থাকিলে বিযুক্ত করা যাইতে পারে। দীর্ঘকাল পরে স্রাব সমস্ত শোষিত হয়। নল মধ্যে পূয় সঞ্চিত থাকিলে অণ্ডাশয় অব্যাহত রাখিয়া কেবলমাত্র নল উচ্ছেদ করিবে। অণ্ডাশয়ের ফাইব্রোমা মধ্যস্থল হইতে আরম্ভ হইয়া বাহ্যাভিমুখে বিস্তৃত হয়, সুতরাং বাহ্যদিকের কতক অংশ সুস্থ থাকে। এই অংশেই গ্রন্থিময় গঠন অবস্থিত, ইহা কেবল স্থান ভ্রষ্ট হয় মাত্র, তজ্জন্য কোষ বিমুক্ত করিয়া ফাইব্রোমা বহির্গত করিয়া পুনর্ব্বার সূক্ষ্ম ক্যাটগট সূত্র দ্বারা কোষ বন্ধ করিয়া দিলে নিয়মিত আর্ত্তবস্রাব এবং সন্তান হইতে পারে। ক্ষুদ্র ডারমইড অর্ব্বুদ সম্বন্ধেও এই প্রণালী অবলম্বনীয়। সিষ্টিকওভেরীর অল্প পীড়িত অংশ রক্ষা

করিলে পরিণামে উৎকৃষ্ট ফল হওয়ার সম্ভাবনা। ব্রড লিগামেণ্টের স্তরদ্বয়ের মধ্যস্থিত অর্ব্বুদ বহির্গত করিয়া অণ্ডাশয় রক্ষা করা যাইতে পারে। সংক্ষেপতঃ—অণ্ডাশয় ইত্যাদির সামান্য অংশ রক্ষা করিলেই অণ্ডাশয়ের কার্য্য হইতে পারে। অণ্ডাশয়ের সামান্য অংশ কার্য্যক্ষম থাকার যে ফল, উভয় অণ্ডাশয় থাকারও প্রায় সেই ফল। কিন্তু অণ্ডাশয় না থাকার ফল ইহার সম্পূর্ণ বিপরীত। ইহা বিবেচনা পূর্ব্বক কর্ত্তব্য অবধারণ করিতে হয়। জরায়ু ইত্যাদি দূরীভূত করতঃ কেবল অণ্ডাশয় রক্ষা করিলেই স্ত্রীপ্রকৃতি রক্ষিত হয় সত্য, কিন্তু পূয়পূর্ণ নল বা অণ্ডাশয় রক্ষা করা অত্যন্ত কঠিন কার্য্য।

পরিণাম।—সুশিক্ষিত হস্তে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইলে অনিষ্ট সম্ভাবনা অল্প, কিন্তু অশিক্ষিত হস্তে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইলে জীবন নষ্ট হইতে পারে। সামান্য পীড়ায় অস্ত্রোপচার করিলে রোগিণী সহজেই আরোগ্য হয়। দীর্ঘকাল পীড়া ভোগ করায় জড়ীভূত হইয়া পড়িলে অনিষ্ট হওয়া অসম্ভব নহে।

উভয় অণ্ডাশয় উচ্ছেদিত হইলে স্ত্রীলোক (১) বন্ধ্যা হয়। (২) শতকরা ৯৫ জনের আর্ত্তবস্রাব এক কালীন বন্ধ হয়। (৩) জরায়ু, যোনি এবং ভগাদি শুষ্ক হইয়া যায়। (৪) আর্ত্তবস্রাব এক কালীন বন্ধ হওয়ার সময়ের লক্ষণ—গাত্রদাহ, ঘর্ম্ম, হৃৎকম্পন, শিরোঘূর্ণন, অলসভাব এবং চাঞ্চল্য প্রভৃতি স্নায়বীয় লক্ষণ উপস্থিত হয়। (৫) সঙ্গমইচ্ছা বিলুপ্ত বা অত্যন্ত হ্রাস হয়। এবং (৬) মেদবৃদ্ধি হয়। কিন্তু একটী মাত্র অণ্ডাশয়ের অর্দ্ধাংশরক্ষিত হইলেও উক্ত লক্ষণসমূহ উপস্থিত হয় না।

নল বা অণ্ডাশয় মধ্যে পূয় থাকিলে অস্ত্রোপচারের পর বেদনা আরোগ্য হয়, কিন্তু প্রদাহ ও আবদ্ধ ইত্যাদি কারণে পুনর্ব্বার বেদনা হইতে পারে। স্নায়বীয় দুর্ব্বলতার জন্য যে বেদনা, তাহা আরোগ্য

হয় না। কয়েক মাস পরে উচ্ছেদিত অংশের সন্নিকটবর্ত্তী অংশে বন্ধনের সূত্রাদির উত্তেজনায় পুনর্ব্বার প্রদাহ ও পূয়োৎপত্তি এবং পরে শোষ ঘা হইতে পারে। ঔদরিক অন্ত্র বৃদ্ধিও হইতে দেখা যায়।

স্যালপিঙ্গোষ্ট্রাফী (Salpingostraphy) অস্ত্রোপচার।—নলের মুখ বন্ধ থাকিলে তাহা শলাকা দ্বারা উন্মুক্ত করিয়া অণ্ডাশয় হইতে জরায়ু গহ্বরে অণ্ডগমনের পথ প্রশস্ত করতঃ অণ্ডাশয়ের পীড়িত অংশ দূরী করতঃ সুস্থ অংশের সহিত নলের মুখ সংলগ্ন ও সেলাই দ্বারা সম্মিলিত করিয়া দিতে হয়। স্যালপিঙ্গোরাফী অস্ত্রোপচারে নলের মুখ জরায়ু সহ সংলগ্ন করিয়া দিতে হয়। এই অস্ত্রোপচারে নলের স্রাব সহজে জরায়ু পথে বহির্গত হইতে পারে, সুতরাং স্রাব অবরোধ জন্য লক্ষণাবলী পুনঃ পুনঃ উপস্থিত হওয়ার প্রতিবিধান হয়। এই সময়ে জরায়ু গহ্বরের পীড়ারও চিকিৎসা করিতে হয়।

যোনি পথে অস্ত্রোপচার (Removal of Inflamed appendages by colpotomy)—ডগলাসের পাউচেস্থিত পুরাতন প্রদাহ জন্য আবদ্ধ দলার ন্যায় পদার্থ লেবুর অনুরূপ আকৃতি কিম্বা তদপেক্ষা বৃহৎ হইলেও যোনির পশ্চাৎ ছাদে কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করাই সুবিধা। অভিনব সঞ্চিত স্রাব শোষিত হইতে পারে এবং তাহা প্রদাহজ স্রাব দ্বারা আবদ্ধ না থাকায় বিস্তৃত অন্ত্রাবরকগহ্বর উন্মুক্ত হওয়ার আশঙ্কায় তদ্রূপ স্থলে যোনি পথে অস্ত্রোপচার করা নিষেধ। এইরূপ স্থলে ড্রেনেজটিউব স্থাপন করাও নিরাপদ নহে। দলার ন্যায় পদার্থ অধিক ঊর্দ্ধে কিম্বা পার্শ্বদেশে অবস্থিত হইলে ব্রড লিগামেণ্টের বৃহৎ শোণিত বাহিকা আহত হওয়ার আশঙ্কায় এ স্থানে কর্ত্তন করা অনুচিত।

রোগ নির্ণীত হইলে পচন নিবারক প্রণালীতে যোনি পরিষ্কার করিয়া সূক্ষ্ম ট্রোকারক্যানুলা দ্বারা বিদ্ধ করিয়া স্রাব পরীক্ষা করিয়া তৎপর রোগিণীকে উত্তান ভাবে স্থাপন ও অজ্ঞান করিয়া পুনর্ব্বার

পচন নিবারক দ্রব দ্বারা যোনি ধৌত করিবে। পশ্চাৎ যোনি প্রাচীরের ছাদে কাঁচি দ্বারা অঙ্গুলীর সাহায্যে অনুপ্রস্থ ভাবে দেড় ইঞ্চ দীর্ঘ কর্ত্তন করিবে। কর্ত্তনের মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া আবদ্ধ বিধান ভগ্ন করিবে। ঘন সন্নিবিষ্ট বিধান অঙ্গুলী দ্বারা ভগ্ন করিতে অকৃতকার্য্য হইলে কাঁচির সাহায্য গ্রহণ করিবে। এইরূপে অঙ্গুলী দ্বারা আবদ্ধ বিধান ভগ্ন করিয়া পূয়গহ্বরে উপনীত হইলে দুইটী অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া কর্ত্তনের মুখ আরও বড় করিয়া দিবে। পূয়গহ্বর প্রাচীর ইত্যাদি দ্বারা পৃথক্ পৃথক্ অংশে বিভক্ত থাকিলে তাহা ভগ্ন করিয়া এক করিয়া দিবে। এই সমস্ত কার্য্যের সময়ে অপর হস্ত দ্বারা তলপেটে সঞ্চাপ দিয়া অবনত করিয়া রাখা উচিত। সমস্ত পূয় বহির্গত করিয়া গহ্বর আইওডোফরম গজ দ্বারা পূর্ণ করিয়া দিলে অভ্যন্তর হইতে গহ্বর পূর্ণ হইয়া আইসে। পাইওস্যালপিনক্স, ডারমইডসিষ্ট এবং নল ও অণ্ডাশয়ের পার্শ্বস্থিত স্ফোটক এই প্রণালীতে চিকিৎসা করা যাইতে পারে। ইহাতে অকৃতকার্য্য হইলে উদরকর্ত্তন করিতে হয়।

প্রথমবারে পূয় গহ্বরের সকল পার্শ্ব পরিষ্কার করা অঙ্গুলীর আয়ত্তাধীন না হইতে পারে। কিন্তু পূয় বহির্গত হইয়া যাওয়ার দুই তিন সপ্তাহ পর পূয়গহ্বর সঙ্কুচিত হইয়া আসিলে তাহা আরোগ্য করা সহজ হয়।

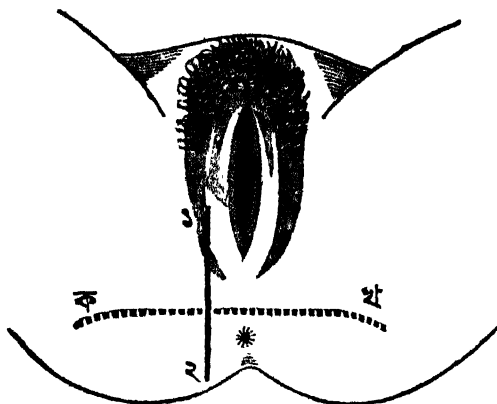
জরায়ুই যদি পীড়ার প্রধান আধার হয়, তবে যোনিপথে তাহাও বহির্গত করা যাইতে পারে।

পীড়িত নল ও অণ্ডাশয় উচ্ছেদ করিতে হইলে মূত্রাশয় ও জরায়ুর মধ্যস্থিত অন্ত্রাবরক ঝিল্লির পাউচ কর্ত্তন (Anterior colpotomy) করিয়া বাহির করাই সহজ। পূর্ব্বোক্ত নিয়মে যোনির সম্মুখ ছাদে কর্ত্তন এবং অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া পীড়িত আবদ্ধ বিধান ভগ্ন ও আবদ্ধ অণ্ডাশয় বহির্গত করিয়া উচ্ছেদ করিবে। অণ্ডাশয় ও নল

জড়ীভূত ও আবদ্ধ হইলেও যদি অত্যন্ত বৃহৎ না হয়, তবে অঙ্গুলী দ্বারা সহজে বহির্গত করিয়া আনা যাইতে পারে। কিন্তু বৃহৎ হইলে বহির্গত করিয়া আনা কঠিন। ডগলাসের পাউচে নল বা অণ্ডাশয় মধ্যে পূয, ভ্রূণ বা অণ্ডাধারের ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকিলে পশ্চাৎ যোনি প্রাচীরে কর্ত্তন করাই সুবিধা। নিঃসৃত স্রাব শোষণের আবশ্যক বোধ করিলে আইওডোফরম গজ স্থাপন করা উচিত।

যোনিপথে অণ্ডাশয় ও নলাদি উচ্ছেদ (Vaginal Salpingo-Oophorectomy) করার সুবিধা এই যে, (১) উদরে ক্ষত শুষ্কের চিহ্ন, শোষ ঘা কিম্বা ঔদরিক অন্ত্র বৃদ্ধি হয় না। (২) অন্ত্রাবরক ঝিল্লির ব্যাপক প্রদাহ, অন্ত্রের পক্ষাঘাত এবং অবরোধ হওয়ার আশঙ্কা অল্প। (৩) বিস্তৃত অন্ত্রাবরক ঝিল্লির গহ্বর উন্মুক্ত না হওয়ারই সম্ভাবনা। (৪) উপযুক্ত স্থলে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইলে সহজে আরোগ্য হয়। আরোগ্য না হইলেও সহজে অপর প্রণালী অবলম্বন করা যাইতে পারে। (৫) অস্ত্রোপচার জন্য বিপদ সম্ভাবনা অল্প। অস্ত্রোপচারজনিত ধাক্কা তত প্রবল হয় না। (৭) অল্প সময়ে আরোগ্য হয়। (৮) সহজে স্রাব নিস্সৃত হইয়া বহির্গত হইয়া যায়। (৯) সহজে রক্তস্রাব রোধ করা যাইতে পারে। (১০) উপযুক্ত স্থান নির্ণীত হইলে সহজে অস্ত্রোপচার সম্পাদিত হইতে পারে। কেবল অত্যধিক আবদ্ধ থাকিলেই গোলযোগ উপস্থিত হয়। (১১) উদরকর্ত্তন অস্ত্রোপচার অপেক্ষা এই অস্ত্রোপচারে রোগিণী সহজে সুস্থতা হওয়ার সম্ভাবনা।

পেরিনিওটোমী (Perineotomy)।—বিটপদেশে অনুপ্রস্থ-ভাবে অথবা উর্দ্ধাধঃ ভাবে কর্ত্তন করিয়া ইস্কিওরেকটাল্স্পেস ভেদ করিয়া ডগলাসের পাউচ হইতে পূয বহির্গত করা যাইতে পারে। অনুপ্রস্থ-ভাবে কর্ত্তন করিতে হইলে এক পার্শ্বের ইস্কিয়মের টিউবরসিটী হইতে অপর পার্শ্বের টিউবরসিটী পর্য্যন্ত এবং উর্দ্ধাধঃ ভাবে কর্ত্তন

করিতে হইলে যোনিদ্বারের পার্শ্বের নিম্ন হইতে সরলভাবে বাহ্য হইতে অর্দ্ধ ইঞ্চ ব্যবধান দিয়া যোনির সমসূত্র রেখা হইতে অল্প নিম্ন পর্য্যন্ত গভীর ভাবে কর্ত্তন করিতে হয়। লিভেটারএনাই পেশী এবং ইস্কিও-

১৬২তম চিত্র। পেরিনিওটমী অস্ত্রোপচারে কর্ত্তন করার প্রণালী।
ক ...... খ অনুপ্রস্থ কর্ত্তন। ১—২ উর্দ্ধাধঃ কর্ত্তন।

রেক্‌টালফসা উন্মুক্ত হইলে ডগলাসের পাউচ পর্য্যন্ত কর্ত্তন করিয়া তথাকার পূয়াদি বহির্গত করা যায়। কিন্তু পাইওস্তাল্পিনক্স ইত্যাদি অস্ত্রোপচারের পক্ষে ইহা সুবিধাজনক নয় সুতরাং বিশেষ বিবরণ বর্ণনা করা নিষ্প্রয়োজন।

ঊনত্রিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ।

(Ovarian Tumour. ওভেরিয়ান টিউমার)

স্ত্রীলোকের যে যন্ত্রের বিশেষ শক্তিতে অপর একটী মানবের উৎপত্তি হয়, অপরাপর যন্ত্রাপেক্ষা সেই যন্ত্রে যে, অভিনব বর্দ্ধন অধিক হইবে, তাহা সহজঅনুমেয়। এই কারণ বশতঃই অণ্ডাশয়ে অধিক অর্ব্বুদ দেখিতে পাই। অণ্ডাধারে নিরেট (Solid) এবং কোষাবৃত (Cystic) এই উভয় প্রকৃতির অর্ব্বুদই উৎপন্ন হয়। নিরেট অর্ব্বুদের সংখ্যা অত্যল্প—ফাইব্রোমা, মাইওমা, সারকোমা এবং কার্সিনোমা। অণ্ডাধারের অর্ব্বুদ মারাত্মক (Malignant) এবং অমারাত্মক Non-malignant) উভয় প্রকৃতিরই হইতে পারে। সাধারণতঃ কোষাবৃত অর্ব্বুদ অধিক হয়। শতকরা ৯৯টী কোষাবৃত অর্ব্বুদ। নিরেট অর্ব্বুদের মধ্যে—

১। ফাইব্রোমেটা (Fibromata) অর্থাৎ সৌত্রিক অর্ব্বুদ—সাধারণতঃ সৌত্রিক বিধান দ্বারা প্রস্তুত। অল্পই দেখিতে পাওয়া যায়। গুরুত্বে পাঁচ সের পর্য্যন্ত হইতে দেখা গিয়াছে। অণ্ডাশয়ের সারকোমা এবং জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদের সহিত ভ্রম হইতে পারে। অণ্ডাশয়ের সমস্ত অংশে কিম্বা কোন এক পার্শ্বে ঠিক বর্ত্তুলাকারে এই অর্ব্বুদ উৎপন্ন হয়। কখন কখন কার্পস লুটিয়ম মধ্যেও উৎপন্ন হইয়া থাকে। এইরূপ স্থলে বাহ্যদেশে পীতাভবর্ণ বিশিষ্ট পদার্থ এবং অভ্যন্তরে সংযত শোণিত চাপ বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা। অণ্ডাশয়ের সৌত্রিক অর্ব্বুদের অপক-

র্ঘতার জন্য অভ্যন্তরস্থিত পদার্থ কোমল তলতলে হইলে সিষ্টের অনুরূপ হয়। বয়স্কা অপেক্ষা বালিকাদিগের অণ্ডাশয়ের সৌত্রিক অর্ব্বুদের

১৬৩তম চিত্র। উভয় অণ্ডাশয়ের ফাইব্রোমার চিত্র।

সংখ্যা অধিক। এতৎসহ উদরী হয়। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে কদাচিৎ নির্ণীত হয়। সচরাচর এক পার্শ্বেই হইয়া থাকে।

২। মাইওমেটা (Myomata) অর্থাৎ পৈশিক অর্ব্বুদ।—ইহা পৈশিক তন্তু দ্বারা প্রস্তুত। অতি বিরল। পার্থক্য নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন। ইহা দৃশ্যে সারকোমা এবং ফাইব্রোমার অনুরূপ। দূরীভূত করিলে পুনর্ব্বার হয় না।

৩। সারকোমেটা (Sarcomata)—সৌত্রিক বিধান সম্মিলিত থাকিলে ফাইব্রো-সারকোমা বলা হয়। এইরূপে এডেনো-সার-কোমা ইত্যাদিও হইতে পারে। ইহার প্রদেশ মসৃণ; অভ্যন্তর লাল-বর্ণ বিশিষ্ট, অভ্যন্তরস্থিত পদার্থ বিগলিত হইয়া কোমল হইতে পারে। কয়েক প্রকোষ্ঠে ঐরূপ কোমল পদার্থ বর্ত্তমান থাকিলে তাহা সিষ্টো-

সারকোমা নামে উক্ত হয়। আয়তনে বেলের অনুরূপ হইতে পারে। ইহা গৌণ ভাবেও উৎপন্ন হয়। অল্প বয়সেই এবং উভয় পার্শ্বে অধিক হয়। অন্তঃস্বত্বাবস্থায় দ্রুত বর্দ্ধিত হওয়ার সম্ভাবনা। ধীর ভাবেও বর্দ্ধিত হইতে পারে। অনেক স্থলেই উদরী বর্ত্তমান থাকে। সারকোমার জন্য অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ বা সংযোগ হয় না, কিন্তু অত্যন্ত বৃহৎ হইলে সঙ্কাপ জন্য উক্ত লক্ষণ উপস্থিত হওয়া অসম্ভব নহে। উপযুক্ত সময়ে দূরীভূত করিলে আরোগ্য হওয়ার সম্ভাবনা কিন্তু বৃহৎ হইলে শীঘ্রই জীবন নষ্ট হইতে পারে।

৪। এণ্ডোথিলিওমা (Endothelioma) বা এন্‌জিও-সারকোমা—ইহা সারকোমা ও কার্সিনোমার মধ্যবর্ত্তী। বর্ত্তুলাকার, কোমল এবং প্রায়শঃ মসৃণ। অভ্যন্তর কোঁপড়া; তাহা ইপিথিলিয়াল বর্দ্ধন দ্বারা পূর্ণ। কিন্তু সংযোগ তন্তু হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে। স্থূলতঃ ইহা ক্যানসারের এক ভিন্ন প্রকৃতি। পূর্ণ বর্দ্ধিত হইলে শোণিত পূর্ণ হইতে পারে। অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ হওয়ায় সংযোগ দ্বারা আবদ্ধ হয়। প্রবল বেদনা ইত্যাদি উপস্থিত হওয়ায় শীঘ্রই রক্ত হীনতা ও দুর্ব্বলতা উপস্থিত হয়।

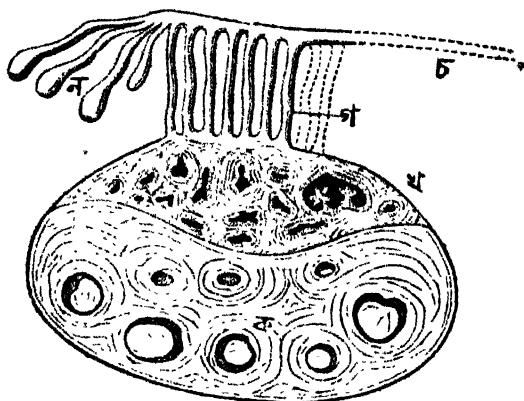
এণ্ডোথিলিওমার এক বিশেষ প্রকৃতির নাম গাইরোমা Gyroma ইহা তরঙ্গবৎ উচ্চ নীচ গঠন। অণ্ডাশয়ের সমস্ত অংশ আক্রান্ত হয়। গ্রাফিয়ান ফলিকলের আবরণ এবং ধমনী এই উভয়ের পরিবর্ত্তন জন্য উৎপন্ন হয়। এই পীড়ায় স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ প্রবলভাবে উপস্থিত হয়, এতজ্জন্য আক্ষেপ, মৃগী প্রভৃতি হইতে পারে।

৫। কার্সিনোমা (Carcinoma) অর্থাৎ কর্কট পীড়া।—সাক্ষাৎ বা গৌণ উভয় প্রণালীতেই উৎপন্ন হইতে পারে, কিন্তু ইহার সংখ্যা অত্যল্প। উভয় পার্শ্বে হওয়াই সাধারণ নিয়ম। স্তনে বা জরায়ুতে ক্যান্‌সার হইলে গৌণ ভাবে অণ্ডাশয়ে ক্যান্‌সারের উৎপত্তি হয়।

মেডুলারী ক্যান্‌সার কোমল, দ্রুত বর্দ্ধনশীল এবং অণ্ডাশয়ের সমস্ত বিধানে বিস্তৃত হইয়া পড়ে। ফলিকল সমূহ প্রথমে অনাক্রান্ত থাকে, কিন্তু অল্প সময় পরেই সম্পূর্ণরূপে বিনষ্ট হয়। ইহা অসমান অর্ব্বুদ, কদাচিৎ মনুষ্য মস্তক হইতে বৃহৎ হয়; অপরিষ্কার শুভ্রবর্ণ, ভঙ্গপ্রবণ। স্কিরস—সৌত্রিক বিধান অধিক, কঠিন, এবং ধীরে বর্দ্ধিত ও অনতিবৃহৎ হয়। কোলইড টিউমারের মধ্যে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র সিষ্ট থাকে। অণ্ডাধারের ক্যান্‌সারের সংখ্যা অল্প ও অধিক বয়সে হয়। মধ্য বয়সে প্রায় হয় না। রক্তঃহীনতা প্রথম লক্ষণ। তৎপর বেদনা, উদরী, পদে শোথ, এবং বিবর্ণত্ব প্রভৃতি উপস্থিত হয়।

অবসন্নতা, শরীরক্ষয়, অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ, পালমোনারী এম্বোলিজম ইত্যাদি কারণে মৃত্যু হইতে পারে। সন্নিকটবর্ত্তী অন্য বিধান বা যন্ত্র আক্রান্ত হইলে দূরীভূত না করিয়া কেবল উদরীর রস বহির্গত করিয়া দিয়া উপশম জন্য যত্ন করিবে। অন্য কোনও বিধান আক্রান্ত না হইলে উভয় অণ্ডাশয়ে পীড়া হইলেও দূরীভূত করা উচিত।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের উৎপত্তি স্থান। অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের মধ্যে কোষাবৃত অর্থাৎ সিষ্টিক অর্ব্বুদ অত্যধিক। অণ্ডাশয় মধ্যে অসংখ্য সিষ্ট অর্থাৎ তরল পদার্থ পূর্ণ কোষ বর্ত্তমান থাকে। তাহার অধিকাংশ অণুবীক্ষণ যন্ত্র ব্যতীত দৃষ্ট হয় না। কোন কোনটী বা সামান্য বৃহৎ হয়। উহা গ্রাফিয়ান ফলিকল নামে খ্যাত। এতন্মধ্যে অণ্ড অবস্থিত। উক্ত ফলিকল পরিপুষ্ট হইয়া বিদীর্ণ হইলেই অণ্ড বহির্গত হইয়া যায়। কিন্তু কোন কারণে বিদীর্ণ না হইয়া ক্রমে পরিবর্দ্ধিত হইতে থাকিলেই অর্ব্বুদের উৎপত্তি হয়। কয়েকটী ফলিকল বিদীর্ণ হওয়ার পরিবর্ত্তে একত্রে পরিবর্দ্ধিত হওয়ার ফলেই বহু প্রকোষ্ঠ বিশিষ্ট অর্ব্বুদের উৎপত্তি হইয়া থাকে। অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের অধিকাংশই এই প্রকৃতিতে উৎপন্ন হয়।

তজ্জন্য তরল পদার্থপূর্ণ কোষাবৃত অর্ব্বুদের সংখ্যা এত অধিক। যে অংশ হইতে অণ্ডের উৎপত্তি হয়, তাহা উফরোন (Oophoron) নামে খ্যাত।

১৬৪তম চিত্র। অণ্ডাশয়ের কোষার্ব্বুদের উৎপত্তির স্থান। ক—উফোরন। খ—পারউফোরণ। গ—পারফিরিয়ম। ন—ফোলপ্টের নল। চ—গার্টনারের নল।

ইহাই অর্ব্বুদোৎপত্তির স্থান। পারউফরোনে (Paroophoron) অণ্ড প্রাপ্ত হওয়া যায় না। •উফোরন মধ্যে—

১। সিম্পল সিষ্ট (Simple cyst)

২। এডেনোমেটা (Adenomata)

৩। ডারমইড (Dermoids)

এই কয়েকপ্রকার অর্ব্বুদ হইতে পারে।

সিম্পল সিষ্ট।—ইহা দুই প্রকার, অভ্যন্তরে কেবল একটী মাত্র প্রকোষ্ঠ—তন্মধ্যে তরল পদার্থ পূর্ণ। দ্বিতীয় শ্রেণীর মধ্যে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বহু প্রকোষ্ঠ বর্ত্তমান, প্রত্যেকে প্রাচীর দ্বারা পৃথক। কোন প্রকোষ্ঠ

বৃহৎ ও কোনটী ক্ষুদ্র হইতে পারে। বৃহৎ অর্ব্বুদের প্রাচীরে সংলগ্ন ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কোষার্ব্বুদ সচরাচর দৃষ্ট হয়। কেবল একটীমাত্র প্রকোষ্ঠ হইলে ইউনিলোকিউল্যার (Unilocular) এবং বহু প্রকোষ্ঠ যুক্ত হইলে মাল্‌টীলোকিউলার (Multilocular) সিষ্ট নামে উক্ত হয়। উক্ত-রূপের সিষ্ট অত্যন্ত বৃহৎ হইতে পারে। ইহার প্রাচীর সৌত্রিক তন্তুতে নির্ম্মিত।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ কেন হয়? এ প্রশ্নের উত্তর অনিশ্চিত। ইপিথিলিয়মের অপকর্ষতা, সৌত্রিক কোষের স্থূলত্ব, বিদারণশক্তির অল্পতা, এবং শোণিত স্রাব ইত্যাদি বহুবিধ কারণ প্রদর্শিত হয়। কিন্তু সমস্তই অনিশ্চিত। বহু অপত্যকার অল্প এবং অনপত্যকার অধিক অর্ব্বুদ হইয়া থাকে। সকল বয়সে, সকল অবস্থায়, সধবা বা বিধবা, স্থূল বা কৃশাঙ্গী—সকল স্ত্রীলোকেরই অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ হইয়া থাকে।

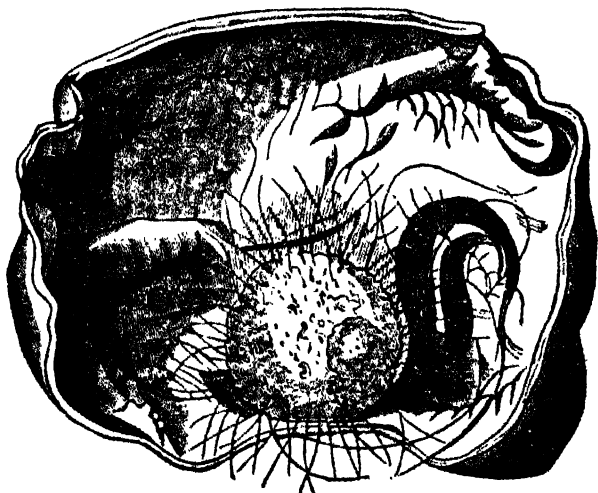
হাইড্রপ্‌স্ ফলিকিউলাই (Hydrops Folliculi)। অণ্ডাশ-য়ের মধ্যে সাধারণতঃ অত্যল্প তরল পদার্থ বর্ত্তমান থাকে। উক্ত তরল পদার্থের পরিমাণ অধিক হওয়ায় রসপূর্ণ কোষ অপেক্ষাকৃত বৃহৎ হইলেই হাইড্রপস্ ফলিকিউলাই নামে উক্ত হয়। আরও অধিক রস-পূর্ণ হইয়া ক্রমে অত্যন্ত বৃহৎ হইতে থাকিলেই অণ্ডাশয়ের সাধারণ কোষার্ব্বুদ (Simple ovarian cyst) নামে উক্ত হয়। কিন্তু উহা-দিগের পরস্পর পার্থক্য সূচক কোন সীমা নির্দ্দিষ্ট নাই। অণ্ডাশয়ের হাইড্রপস ফলিকিউলাইয়ের জন্য কোন কষ্ট উপস্থিত হয় না এবং তাহার চিকিৎসাও করা হয় না, কিন্তু বৃহৎ হইলে কষ্ট হয়। তখন চিকিৎসার আবশ্যকতা উপস্থিত হয়। এই অর্ব্বুদ যত শীঘ্র দূরীভূত করা হয়, ততই মঙ্গল। সাধারণ কোষার্ব্বুদের আয়তন অনতিবৃহৎ, প্রাচীর পাতলা, ধূসরবর্ণ বিশিষ্ট, কখন কখন স্বচ্ছ হয়; কদাচিৎ প্রদাহ ও অপকর্ষতা হইয়া থাকে। অভ্যন্তরে সাধারণ রস, কদাচিৎ শোণিত

মিশ্রিত, কোলইড পদার্থ থাকিতে পারে। রসের আপেক্ষিক গুরুত্ব ১০০৫—১০১০। অণ্ডাশয় প্রাচীরে সংলগ্ন বা বিযুক্ত হইয়া থাকিতে পারে।

কার্পাস লুটিয়ম সিষ্ট—হইলে পীতাভবর্ণ বিশিষ্ট পদার্থ দ্বারা চিহ্নিত হয়। ফলিকল বিদীর্ণ ও অণ্ড বহির্গত হইয়া যাওয়ার পর রন্ধ্র-মুখ অবরুদ্ধ হওয়ায় এই প্রকৃতির অর্ব্বুদের উৎপত্তি হয়।

ওভেরিয়ান এডেনোমেটা (Ovarian adenomata)—এই শ্রেণীর অর্ব্বুদ মধ্যে বহু সংখ্যক ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কোষার্ব্বুদ এবং ঐ অর্ব্বুদ মধ্যে গাঢ় তরল পদার্থ বিদ্যমান থাকে। সৌত্রিক আবরণ দ্বারা আবৃত। প্রদেশ অসমান, স্থানে স্থানে বর্ত্তুলাকার স্ফীততা বর্ত্তমান থাকে। অভ্যন্তর মধুক্রমবৎ। কিন্তু গহ্বর সমূহ বিষম আকৃতি বিশিষ্ট, কোনটীর ব্যাস একতৃতীয়াংশ ইঞ্চ মাত্র—কোনটী বা তরমুজবৎ বৃহৎ। অভ্যন্তরস্থিত গাঢ় নিঃসৃত স্রাব চট্‌চটে আটাল শ্লেষ্মাবৎ। আয়তনে অত্যন্ত বৃহৎ হইতে পারে। এক মণের অধিক হইতে দেখা গিয়াছে।

ডারময়েডস্ (Dermoids)—এই অর্ব্বুদের অভ্যন্তরে ত্বক্ বা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি এবং তাহাদিগের সংলগ্ন অন্যান্য গঠন—নখ, কেশ, ক্লেদ-গ্রন্থি, স্বেদগ্রন্থি, শ্লেষ্মাগ্রন্থি, অস্থি, চুচুক, স্তন এবং দন্ত ইত্যাদি পদার্থ বর্ত্তমান থাকে। একটী অর্ব্বুদ মধ্যে চারি শত দন্ত দেখা গিয়াছিল। লেখক এক স্থলে প্রায় এক পোয়া কেশ দেখিয়াছেন। ঐরূপ পদার্থ অর্ব্বুদ প্রাচীরের সমস্ত অংশে কিম্বা কোন এক অংশে বর্ত্তমান থাকিতে পারে। স্তন আছে, স্তনের বোঁট নাই, কিম্বা কেবল মাত্র বোঁট আছে; এরূপ দৃষ্টান্ত প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায়। এইরূপ অর্ব্বুদের গুরুত্ব দুই মণ পর্য্যন্ত দেখা গিয়াছে। কেশ সমূহ সুদীর্ঘ এবং ঈষৎ পাটল বর্ণ বিশিষ্ট হয়। অর্ব্বুদ মধ্যস্থিত পদার্থ তরল মেদময়, শীতল হইলে কোমল

হইতে পারে। মেদসমূহ কলাইয়ের আকৃতিতে ঘন অবস্থায় থাকিতেও দেখা গিয়াছে। এই প্রকৃতির অর্ব্বুদের প্রাচীর অত্যন্ত স্থূল।

১৬৫তম চিত্র। অণ্ডাশয়ের ডারময়েড অর্ব্বুদ। অভ্যন্তরে অযথার্থ স্তন। স্তন প্রাচীরে বর্দ্ধিত স্তনবৃন্তের চিত্র।

ডারময়েড অর্ব্বুদ ধীরভাবে পরিবর্দ্ধিত হয়। একই আয়তনে দীর্ঘকাল থাকিতে পারে। সকল বয়সে এইরূপ অর্ব্বুদ হইলেও সন্তান হওয়ার বয়সেই অধিক হইতে দেখা যায়।

ডারময়েড বিদীর্ণ হইয়া তৎপদার্থ পেরিটোনিয়মে সংলগ্ন হইলে প্রবল প্রদাহ হওয়ার সম্ভাবনা, তজ্জন্য অস্ত্রোপচার সময়ে উক্ত বিষয়ে সাবধান হওয়া কর্ত্তব্য। অন্যান্য অর্ব্বুদের তুলনায় ডারময়েডে পূয়োৎপত্তির সংখ্যা অধিক। অত্যন্ত ধীরে বর্দ্ধিত হওয়ার জন্য দীর্ঘকাল বস্তিগহ্বর মধ্যে অবস্থিতি করে। প্রসব সময়ে আহত হয়। এই কারণ বশতঃ অধিক সংখ্যক স্থলে পূয়োৎপত্তি হয়। এই পূয় পেরিটোনিয়মে সংলগ্ন হইলে অনিষ্ট হয়।

ডারময়েডে প্রদাহ হইলে সংযোগাদি দ্বারা আবদ্ধ হয়। পুয়োৎপত্তি হইলে কোন এক অংশে স্ফোটকের অনুরূপ মুখ হইতে পারে। এই অবস্থায় স্ফোটক ভ্রমে কর্ত্তিত হওয়াও আশ্চর্য্য নহে। কর্ত্তনের মুখ বাহ্যদেশে হইলে নালীঘায়ে পরিণত হইয়া একই অবস্থায় আজীবন থাকিতে পারে। মূত্রাশয় মধ্যে বিদীর্ণ হইলে মূত্রাশয়ের প্রদাহ হয়। সরলান্ত্র মধ্যে বিদীর্ণ হইলে তথায় উত্তেজনা উপস্থিত হয়। যোনিমধ্যে বিদীর্ণ হইলে দীর্ঘকাল শ্বেতপ্রদরের অনুরূপ স্রাব নিঃসৃত হয়। অভ্যন্তরস্থিত পদার্থ বহির্গত হইয়া গেলে গহ্বর সঙ্কুচিত হইতে পারে, কিন্তু অভ্যন্তরে কেশাদি কঠিন পদার্থ বর্ত্তমান থাকিলে সঙ্কুচিত হয় না। যথেষ্ট স্রাব হওয়ায় রোগিণী অবসাদগ্রস্তা হয়। এইরূপ হইলে অর্ব্বুদ সত্বরে নিষ্কাষিত করাই শ্রেয়ঃ।

উফরণের উক্ত তিন শ্রেণীর অর্ব্বুদের পরস্পর পার্থক্য নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন এবং অনেক সময়েই দুই প্রকৃতির অর্ব্বুদ একত্রে অবস্থিত হইতে পারে। অণ্ডাশয়ের এডেনোমেটা এবং ডারময়ড অনেক স্থলে মিশ্রিত থাকে। এই কয়েকটীই ওভেরিয়ান ফলিকল হইতে উৎপন্ন হয়। উফরণের কোষার্ব্বুদসমূহ মারাত্মক-প্রকৃতি-বিশিষ্ট নহে।

পারউফরণের কোষাবৃত অর্ব্বুদ (Cysts of the Paroophoron)—ইহা "বৃন্তবিহীন," অত্যন্ত বৃহৎ না হইলে অণ্ডাশয়ের আকৃতির পরিবর্ত্তন হয় না। প্রায়শঃ এক প্রকোষ্ঠ বিশিষ্ট, অভ্যন্তরের তরল পদার্থ পরিষ্কার, কখন কখন প্রাচীরের অভ্যন্তর অংশে আঁচিলবৎ গঠন, এবং এই গঠনে অত্যধিক শোণিতবাহিকা বর্ত্তমান থাকে। সহজেই শোণিত নিঃসৃত হইতে পারে; কখন বা চূর্ণকবৎ পদার্থে পরিণত হয়। এই প্রকৃতির অর্ব্বুদ কখন কখন স্বতঃ বিদীর্ণ এবং অর্ব্বুদ মধ্যস্থিত পদার্থ অন্ত্রাবরক ঝিল্লি-গহ্বরে পতিত হয়। আঁচিলবৎ পদার্থ অন্ত্রাবরক ঝিল্লিতে সংলগ্ন হইয়া বর্দ্ধিত হইতে পারে। অন্ত্রাবরক

ঝিল্লি আক্রান্ত হইলে উদরী হয়। উদরীর রস বহির্গত করিয়া দিলে অল্প সময় মধ্যেই পুনর্ব্বার রস সঞ্চিত হয়, কিন্তু অর্ব্বুদ দূরীভূত করিলে পুনর্ব্বার রস সঞ্চিত হয় না অথচ আঁচিলবৎ গঠন বিলুপ্ত হয় না। এই অর্ব্বুদ ব্রড লিগামেণ্টের স্তর-দ্বয়ের মধ্যে বর্দ্ধিত হইতে থাকে। কদাচিৎ বহুকোষবিশিষ্ট অর্ব্বুদের অনুরূপ বৃহৎ হয়। যন্ত্রণা অধিক হওয়ায় শীঘ্রই চিকিৎসাধীনে আইসে। অতি মৃদু গতিতে বৃদ্ধি পাইতে থাকে। অর্ব্বুদ-প্রাচীরের বহির্দ্দেশেও আঁচিলবৎ গঠন উৎপন্ন হইতে

১৬৬তম চিত্র।। অণ্ডাশয়ের প্যাপিলোমা।—অর্ব্বুদের অর্দ্ধাংশ, অর্ব্বুদের প্রাচীরের বাহ্যদেশে দানাদানার অনুরূপ প্যাপিলারী বর্দ্ধন। অভ্যন্তরে একটী বৃহৎ ও ছয়টী ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কোষার্ব্বুদ বর্ত্তমান রহিয়াছে। উর্দ্ধাংশে ফেলোপিয়ন নলের কর্ত্তিত মুখের চিত্র।

দেখা যায়। এডেনোমেটাস প্যাপিলারী বর্দ্ধন মারাত্মক নহে, অন্য বিধান আক্রমণ করে না। বিবর্ণত্ব বা উৎপাটনের পর পুনর্ব্বার উৎপন্ন হয় না। কিন্তু অণুবীক্ষণ ব্যতীত সারকোমা বা কার্সিনোমার সহিত পার্থক্য নির্ণয় অসম্ভব। উভয় পার্শ্বেই হইতে পারে। এই শ্রেণীর

অর্ব্বুদে সঙ্কোপের লক্ষণ—জরায়ু হইতে শোণিত স্রাব, উরুদেশ পর্যন্ত বেদনা, এবং ইউরিটার প্রসারণ প্রভৃতি লক্ষণ উপস্থিত হয়।

লিগামেন্টের মধ্যে অবস্থিত অস্ত্র দূরীভূত করা অত্যন্ত কঠিন; অতিশয় শোণিত স্রাব এবং সামান্য মাত্র অংশ অবশিষ্ট থাকিলে পুনর্ব্বার বর্দ্ধিত হয়। ইহা প্যাপিলোমেটাস সিষ্ট (Papillomatous Cyst) নামেও উক্ত হয়।

গার্টনেরিয়ান সিষ্ট (Gartnerian Cyst)—গার্টনার নলের মধ্য হইতে উৎপন্ন অর্ব্বুদ। ব্রড লিগামেন্টের স্তরদ্বয়ের মধ্যে বর্দ্ধিত হয়। এই সংস্রবে যোনিতেও কোষাবৃত অর্ব্বুদ উৎপন্ন হইতে পারে। কারণ, গার্টনার ডক্ট পারওভেরিয়ান্ হইতে মূত্রনালীর মুখের এক পার্শ্ব পর্য্যন্ত সমাগত হইয়াছে। সুতরাং ব্রড লিগামেন্টের অংশে কোষার্ব্বুদ হইলে পারওভেরিয়ান্ সিষ্ট এবং যোনিস্থিত অংশে হইলে ভেজাইনাল সিষ্ট নামে উক্ত হয়। উভয় অংশই প্রসারিত হইতে পারে। বাহ্যমুখ উন্মুক্ত থাকিলে কখন কখন যোনি হইতে যথেষ্ট জলবৎ রসস্রাব হয়।

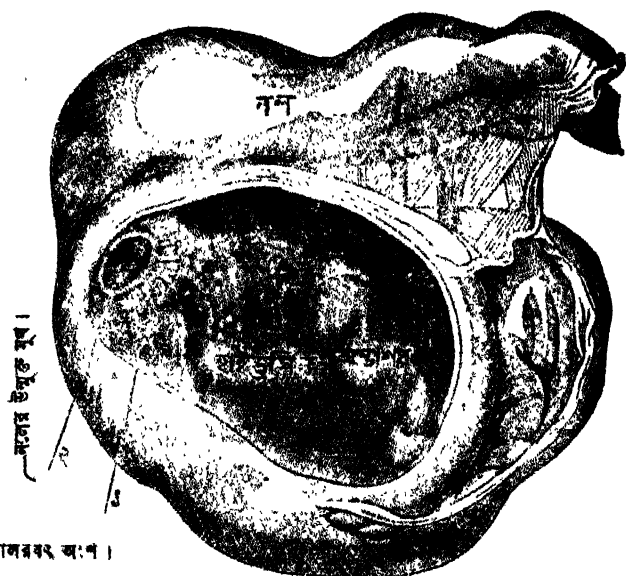
পারওভেরিয়ান সিষ্ট (Parovarian Cyst)—এই স্থানের অর্ব্বুদ অল্প অনিষ্টকর। ব্রড লিগামেন্ট উত্থিত ও সটান করিয়া আলোকের সম্মুখে ধারণ করিলে বন্ধনীর উভয় স্তরের মধ্যে অবস্থিত পারওভেরিয়ম বা রোজেন মুলারের যন্ত্র (Organ of Rosenmuller or Parovarium) দৃষ্ট হয়। এই নলের সংখ্যা ৫—২৫টী হইতে পারে কিন্তু সাধারণতঃ ৮।১০টী দেখা যায়। অণ্ডাশয়ের অক্ষরেখায় অনুলম্বভাবে অবস্থিত। ইহা অণ্ডাশয়ের হাইলাম বা প্যারউফরোণ মধ্যে প্রবিষ্ট হয়। উলফিয়ান (Wolffian body) বডীর অবশিষ্ট এবং ঊর্দ্ধে অণ্ডাধারের সমান্তরালভাবে দীর্ঘ অক্ষরেখায় অবস্থিত গার্টনার নলের সহিত সম্মিলিত হয়। গার্টনার নল জরায়ুপ্রাচীরে প্রবিষ্ট হয়। পারওভেরিয়ান সিষ্টকে কেহ কেহ সিম্পল ব্রডলিগা-

মেন্ট সিষ্ট বলেন; কারণ, অনেকের মতে এই শ্রেণীর অর্ব্বুদ ব্রড-লিগামেণ্ট মধ্যে উৎপন্ন হয়।

এই প্রকৃতির অর্ব্বুদের (১) এক পার্শ্বে অণ্ডাধার সংলগ্ন থাকে। (২) অণ্ডবহানল অর্ব্বুদের শীর্ষদেশ দিয়া গমন করে, অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলে নল দীর্ঘ এবং মিসোস্তালপিন্‌স স্থূল হয় (৩) পেরিটোনিয়ম সহজেই বিযুক্ত করা যাইতে পারে। (৪) স্রাব পরিষ্কার, ঈষৎ পীতাভ বর্ণবিশিষ্ট, আপেক্ষিক গুরুত্ব ১০১০ অপেক্ষাও অল্প। (৫) সচরাচর এক প্রকোষ্ঠ বিশিষ্ট। ক্ষুদ্র অর্ব্বুদের প্রাচীর পাতলা, স্বচ্ছ কিন্তু বৃহৎ হইলে তদ্বিপরীত হয়। স্রাবে অণ্ডলাল বর্ত্তমান থাকে। অর্ব্বুদ মটরের অনুরূপ বা কয়েক সের তরল পদার্থ পূর্ণ হইতে পারে। সাধারণতঃ লেবুর অনুরূপ হইতে দেখা যায়। অল্প বয়সে হয় না।

অত্যন্ত বৃহৎ না হওয়ার কারণ কেবল বৃদ্ধিরোধ। অকস্মাৎ বিদীর্ণ হইলে কিম্বা তরল পদার্থ বহির্গত করিলে অর্ব্বুদ আরোগ্য হইতে পারে। তরল পদার্থ শোষিত হয়, উত্তেজনা না থাকায় প্রদাহিত হয় না। এই অর্ব্বুদ জন্য উদরী কিম্বা সাধারণ স্বাস্থ্য ভঙ্গ হয় না। এই অর্ব্বুদ মধ্যে কখন কখন প্যাপিলারী বর্দ্ধন দৃষ্ট হয়।

ওভেরিয়ণ হাইড্রোসিল (Ovarian Hydrocele)—পূর্ব্ব-বর্ণিত কয়েক প্রকার অর্ব্বুদসহ অণ্ডবহানলের গহ্বরের কোন সংযোগ থাকে না কিন্তু এই শ্রেণীর অর্ব্বুদে অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের তরল পদার্থ অণ্ডবহানলের অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হইয়া নলকে প্রসারিত করে। নলের ঔদরিক মুখ অত্যন্ত বৃহৎ এবং তাহার ঝালরবৎ গঠনসমূহ অর্ব্বুদ প্রাচীরের সহিত সম্মিলিত হয়। ইহা টিউবো-ওভেরিয়েন সিষ্ট (Tubo-ovarian cyst) আজন্মিক কিম্বা প্রদাহ জন্য হইতে পারে। প্রথমোক্ত কারণে হইলে ওভেরিয়েন হাইড্রোসিল বলে। ইহা পুরুষের টিউনিকা ভেজাইনেলিস মধ্যে জল সঞ্চয়ের অনুরূপ। অণ্ডাশয় এক

পার্শ্বে স্থানভ্রষ্ট হয়। নিঃসৃত স্রাব অণ্ডাশয় হইতে অণ্ডবহানল দিয়া জরায়ু-গহ্বরে আসিলে বহির্গত হইয়া যাইতে পারে।

১৬৭তম চিত্র। অণ্ডাশয়িক হাইড্রোসিল।

টিউবোওভেরিয়ান সিষ্ট বেল অপেক্ষা কদাচিৎ বৃহৎ হয়। সাধারণতঃ এক প্রকোষ্ঠ বিশিষ্ট।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের সহিত নলের ঔদরিক মুখ প্রদাহ জন্য আবদ্ধ এবং অর্ব্বুদের ঐ আবদ্ধ স্থান বিদীর্ণ হইয়া তরল পদার্থ নলমধ্যে প্রবিষ্ট হয়। এই প্রকৃতির অর্ব্বুদের সহিত বৃহৎ হাইড্রোস্যালপিনক্সের ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা।

মাল্‌টীপল ড্রপসীকেল ফলিকল (Multiple Dropsical Follicles) ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ। কেবল একটী ফলিকল বৃহৎ এবং অপর

কয়েকটী ক্ষুদ্র কিম্বা অনেকগুলি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফলিকল একত্রে অবস্থিত হওয়ায় বৃহৎ আয়তন ধারণ করে। গুপারির অনুরূপ আয়তনবিশিষ্ট অনেকগুলি অর্ব্বুদ একত্র থাকে। অণ্ডাশয় বৃহৎ হয়। উভয় পার্শ্বে হইতে দেখা যায়। কঠিন অর্ব্বুদসহ ভ্রম হইতে পারে। ইহা অতি বিরল।

অণ্ডাশয়ের বহু প্রকোষ্ঠ বিশিষ্ট অর্ব্বুদের তরল পদার্থ নানা প্রকৃতির হইতে পারে—সাধারণতঃ লালসে আঠাবৎ, চট্‌চটে। ক্ষুদ্র অর্ব্বুদের তরল পদার্থ গাঢ়, শুভ্র উজ্জ্বল ধূসর বর্ণ বিশিষ্ট, আপেক্ষিক গুরুত্ব ১০১৫—১০৫০। অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলে অভ্যন্তরে প্রায়শঃ শোণিত নিঃসৃত হওয়ায় শোণিতের পরিমাণ অনুসারে বিভিন্ন বর্ণ হইতে পারে—পীতাভ, সবুজ, পাটল, আরক্ত, বা কৃষ্ণবর্ণ হইতে পারে। চিটা বা মাতগুড়ের অনুরূপ হইতে দেখা যায়। এই শ্রেণীর অর্ব্বুদ রোগিণীর মৃত্যু বা অর্ব্বুদ দূরীভূত না হওয়া পর্য্যন্ত ক্রমেই বর্দ্ধিত হইতে থাকে। বর্দ্ধিত হইতে কখন বিরত হয় না। সঙ্কাপ জন্য প্রদাহ হইলে আবদ্ধ হয়, কিন্তু ক্ষুদ্র অর্ব্বুদে কদাচিৎ প্রদাহ হয়। উদরী হয় না, কিন্তু সঙ্কাপ জন্য পদে শোথ হইতে দেখা যায়। অত্যন্ত বৃহৎ হইলে সঞ্চালনে এবং শ্বাসপ্রশ্বাসে কষ্ট, ক্ষুধা মন্দ, নিদ্রার অল্পতা, ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে। সমূলে উৎপাটিত হইলে পুনর্ব্বার হয় না। কিন্তু সামান্য অংশ অবশিষ্ট থাকিলেই তাহা বৃদ্ধি পাইতে পারে।

অণ্ডাধারের কোষাবৃত অর্ব্বুদ সম্বন্ধে যে কয়েক শ্রেণী উল্লিখিত হইল, তদ্ব্যতীত অনেক লেখক আরও বিভিন্ন শ্রেণীবিভাগপূর্ব্বক বর্ণনা করিয়া থাকেন কিন্তু বাহুল্য বোধে তৎসমস্ত পরিত্যক্ত হইল।

অণ্ডাশয়িক অর্ব্বুদে আকস্মিক দুর্ঘটনা।

কোষার্ব্বুদাভ্যন্তরে শোণিত স্রাব (Hæmorrhage into

the ovarian cyst)—নিঃসৃত শোণিতের পরিমাণ অল্প বা অধিক হইতে পারে। অর্ব্বুদমধ্যস্থিত তরল পদার্থের বর্ণ পরিবর্ত্তনের ইহাই প্রধান কারণ। সামান্য পরিমাণ শোণিত নিঃসৃত হইলে বিশেষ কোন লক্ষণ উপস্থিত হয় না। বহুসংখ্যক ক্ষুদ্র প্রকোষ্ঠ বিশিষ্ট অর্ব্বুদের অভ্যন্তরস্থিত কোন প্রকোষ্ঠের প্রাচীর বিদীর্ণ হইয়া যখন দুইটী একটী কোষে পরিণত হয়, তখন বিদীর্ণ স্থান হইতে সামান্য পরিমাণ শোণিত নিঃসৃত হয়। বিদীর্ণ প্রাচীর সঙ্কুচিত হইয়া রজ্জুবৎ আকৃতিতে অন্য প্রাচীরে সংলগ্ন থাকে। অজ্ঞাত কারণে অধিক পরিমাণ শোণিত নিঃসৃত হইতে পারে। প্যাপিলারী বর্দ্ধন সম্মিলিত অর্ব্বুদ মধ্যে অধিক শোণিত নিঃসৃত হওয়ার সম্ভাবনা। অর্ব্বুদের বৃন্তবৎ অংশ মোচড়ানের জন্য শোণিত নিঃসৃত হয়। ট্যাপ করার জন্যও শোণিত সঞ্চিত হইতে দেখা যায়। অণ্ডাধারের কোষার্ব্বুদ ট্যাপ করার ইহাই প্রধান বিঘ্ন। অর্ব্বুদমধ্যে অত্যধিক শোণিত নিঃসৃত হইলে (১) রোগিণী—বিবর্ণা; (২) ধমনী সূক্ষ্ম, দ্রুত; (৩) বাহ্য শোণিত স্রাবের লক্ষণাভাব; (৪) উদরে বেদনা; (৫) অর্ব্বুদ বর্দ্ধিত, বেদনাযুক্ত এবং টন্‌টনে কঠিন ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়।

অণ্ডাশয়িক অর্ব্বুদে পূয়োৎপত্তি। (Suppuration of ovarian cyst)—আণুবীক্ষণিক রোগজীবাণু হইতে পূয়োৎপত্তি হয়, অপরিষ্কার টে্াকার দ্বারা ট্যাপ, প্রসব সময়ে আঘাতজনিত ক্ষত, এবং অন্ত্র, যোনি বা মূত্রাশয় প্রভৃতির সহিত সংলগ্ন থাকায় পূয়োৎপাদক জীবাণু প্রবেশ করিতে পারে। ডারমইড সিষ্টেই অধিকাংশ সময়ে পূয় দেখা যায়। পূয়োৎপত্তি হইলে অন্ত্রাদির সহিত অর্ব্বুদ আবদ্ধ থাকে।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদমধ্যে পূয়োৎপত্তি হইলে, কম্প হইয়া জ্বর হয়। এই জ্বর পূয় জ্বরের প্রকৃতিবিশিষ্ট। শরীর ক্ষয় হইতে থাকে। পেরিটোনিয়ম আক্রান্ত না হইলে বেদনা হয় না, অথবা অতি সামান্য বেদনা

হইতে পারে। কিন্তু প্রদাহ হইয়া আবদ্ধ হইলে নিয়ত প্রবল বেদনা বর্ত্তমান থাকে। মর্ফিয়া প্রয়োগ ব্যতীত তাহার নিবৃত্তি হয় না। কখন কখন জর নাও থাকিতে পারে; সুতরাং জর না হইলেই যে পূয়োৎপত্তি হয় নাই, তাহা বলা যাইতে পারে না। অধিক কাল পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকিলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লির পুরাতন প্রদাহের ফলে বেদনা বর্ত্তমান থাকে। অর্ব্বুদোচ্ছেদ ব্যতীত অন্য কোন উপায়ে ইহা আরোগ্য হয় না।

অর্ব্বুদবৃন্ত মোচড়ান। (Twisting of the Pedicle)—সরলান্ত্র একবার শূন্য ও আর একবার মল পূর্ণ হওয়ায় পুনঃপুন তাহার আকৃতি পরিবর্ত্তিত হওয়ায় অর্ব্বুদও তৎসহ পরিচালিত হওয়ার ফলে তাহার বৃন্ত মোচড়াইয়া যায়। অন্ত্রের অন্য অন্য অংশের সঞ্চাপেও অর্ব্বুদ ঘূর্ণিত হইতে পারে। অর্ব্বুদের বিষম আকৃতিও বৃন্ত মোচড়ানের অপর একটী কারণ। বহুপ্রকোষ্ঠবিশিষ্ট অর্ব্বুদ-বৃন্ত এই কারণ বশতঃ মোচড়াইয়া থাকে। কিন্তু অন্য প্রকৃতির অর্ব্বুদ অপেক্ষা ডারমইড অর্ব্বুদের বৃন্ত অধিক সংখ্যায় মোচড়াইয়া থাকে, রোগিণীর অন্তঃস্বত্বাবস্থা, প্রসব, ট্যাপ, উদরী, বৃহৎবৃন্ত, অবস্থানপরিবর্ত্তন, সহসা প্রবল উদ্যম ইত্যাদি কারণে অর্ব্বুদের অবস্থানপরিবর্ত্তন এবং বৃন্ত মোচড়ান সম্ভব। বৃহৎ আবদ্ধ অর্ব্বুদ অপেক্ষা ক্ষুদ্র অনাবদ্ধ অর্ব্বুদের মূল অধিকাংশ স্থলে মোচড়াইয়া থাকে।

অর্ব্বুদ বৃদ্ধির দুই অবস্থা—প্রথম, ক্ষুদ্র আকৃতিতে জরায়ুর পশ্চাতে থাকে, বৃন্তসম্মুখে অবস্থিতি করে। দ্বিতীয় অবস্থায় অর্ব্বুদ উদর গহ্বরে আইসে সুতরাং বৃন্ত পশ্চাতে থাকে। এই অবস্থানপরিবর্ত্তন-সময়েও বৃন্ত মোচড়াইতে পারে।

বৃন্ত মোচড়াইলে তাহার শোণিতবাহিকা সঞ্চাপিত হয়। শিরার প্রাচীর পাতলা, সুতরাং ধমনী অপেক্ষা তাহার অবরোধ শীঘ্র উপস্থিত হয়, তজ্জন্য অর্ব্বুদ হইতে শোণিত যাইতে না পারায় প্রাচীরে রক্তাধিক্য

এবং শোণিত নিঃসৃত হয়। নিঃসৃত শোণিত অর্ব্বুদের প্রাচীরে বা গহ্বরমধ্যে সঞ্চিত হইতে পারে। অবরোধের পরিমাণ অনুসারে ইহার বিভিন্ন ফল হইতে পারে।

(ক) অধিক শোণিত নিঃসৃত হইলে রোগিণীর মৃত্যু হওয়া অসম্ভব নহে।

(খ) শোণিত-সঞ্চাপে অর্ব্বুদের প্রাচীর বিদীর্ণ হওয়ায় অন্ত্রাবরক ঝিল্লিগহ্বরমধ্যে শোণিত প্রবিষ্ট হয়।

(গ) অর্ব্বদের প্রাচীরে শৈরিক রক্তাধিক্য হওয়ায়, প্রাচীর স্থূল, কোমল, কৃষ্ণ ধূসর বর্ণ বিশিষ্ট এবং শোথযুক্ত হইতে পারে। এইরূপ অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করিলে, (১) তাহার মূল বন্ধন সময়ে তাহা ভগ্ন হয়, কিম্বা (২) শোণিত সঞ্চালন বন্ধ থাকিতে পারে। অর্ব্বুদে প্রদাহ। সংযোগ সংলিপ্ত স্থান হইতে নূতন শোণিত বাহিকা অর্ব্বুদ মধ্যে প্রবেশ করিয়া অর্ব্বদ প্রতিপালন করে এবং অর্ব্বদের পুরাতনবৃন্ত অর্ব্বুদ হইতে সম্পূর্ণ বিযুক্ত হইয়া যায়। সুতরাং অর্ব্বদের উৎপত্তি স্থানের সহিত আর কোন সংস্রব থাকে না। ডারময়েডে এইরূপ পরিবর্ত্তন অধিক হয়।

(ঘ) সামান্য পরিমাণ মোচড়ান হইলে ধমনী সঙ্কুচিত হওয়ায় অর্ব্বুদমধ্যে অল্প পরিমাণ শোণিত প্রবেশ করিতে পারে। এই অবস্থায় অর্ব্বুদের বৃদ্ধিরোধ হয় এবং প্রাচীরে মেদ ও চূর্ণক অপকর্ষতা হইয়া পরিণামে অভ্যন্তরস্থিত পদার্থ আংশিক শোষিত হওয়ায় অর্ব্বুদের আয়-তন হ্রাস হয় কিন্তু এইরূপে অর্ব্বুদ আরোগ্য হওয়া অতি বিরল ঘটনা।

(ঙ) মূল মোচড়াইয়া যদি এত অধিক শোণিত স্রাব না হয় যে, তজ্জন্য রোগিণীর মৃত্যু হইতে পারে, তবে অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ হইয়া সংযোগ ইত্যাদির দ্বারা আবদ্ধ হইলে সেই সংযোগ স্থান হইতেও নূতন শোণিতবাহিকা প্রাপ্ত হইয়া পরিপোষিত হইতে পারে। এইরূপ

স্থলে কেবল মূল পথে যে পরিমাণ শোণিত প্রাপ্ত হইত, তদপেক্ষা অধিক শোণিত প্রাপ্ত হয়।

(চ) অন্ত্রসহ অত্যধিক আবদ্ধ হইয়া পড়িলে আণুবীক্ষণিক রোগ-জীবাণু প্রবিষ্ট হওয়ার পথ প্রশস্ত হওয়ায় অর্ব্বুদমধ্যে পূয় ও পচনাদি উপস্থিত হইতে পারে।

(ছ) অন্ত্রসহ আবদ্ধ হওয়ার পরে, পুনর্ব্বার যদি মোচড় লাগে, তবে মূল অধিক মোচড়াইয়া যায় এবং অন্ত্র মোচড়াইয়া যাওয়ায় অন্ত্রাবরোধ উপস্থিত হইতে পারে। মূল ক্ষুদ্র হওয়ায় অর্ব্বুদ বস্তিগহ্বরাভিমুখে আকর্ষিত এবং অন্ত্রাদি সঙ্কাপিত হয়।

(জ) মূলদেশ সামান্য মোচড়াইলে রজঃকৃচ্ছ্রতার লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে।

(ঝ) মোচড়াইয়া যাওয়ার পর মোচড়ানের সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত হইলেও পুনর্ব্বার আপনা হইতে স্বাভাবিক অবস্থায় পরিণত হইতে পারে।

মূলদেশ মোচড়ানের ফলে অর্ব্বুদ মধ্যে শোণিত স্রাব, অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ এবং পূয়োৎপত্তি,—এই তিন উপায়ে রোগিণীর জীবন সঙ্কটাপন্ন হইতে পারে।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদেরবৃন্ত মোচড়াইলে সহসা অসুস্থতা, বিবর্ণ ও সূক্ষ্ম দ্রুত নাড়ী ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়, বাহ্য শোণিত স্রাবের লক্ষণ থাকে না। অর্ব্বুদ টন্‌টনে বৃহৎ হয়, অতঃপর পেরিটোনাইটিসের লক্ষণ উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা অথবা সহসা অর্ব্বুদমধ্যে বেদনা আরম্ভ এবং রোগিণীর অত্যধিক অসুস্থাবস্থা অনুমিত হইতে পারে। অর্ব্বুদ টন্‌টনে কঠিন হয়। এই সমস্ত লক্ষণ দৃষ্টে অর্ব্বুদমধ্যে তরুণ পরিবর্ত্তন উপস্থিত হইয়াছে, তাহা বলা যাইতে পারে। এইরূপ ঘটনা বৃন্ত মোচড়ানের ফলেই হইয়া থাকে কিন্তু না দেখিলে স্থির নিশ্চয় করিয়া বলা অসম্ভব।

এই ঘটনায় যত শীঘ্র সম্ভব অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য। অধিক বিলম্ব করিলে অধিক বিপদ হওয়ার সম্ভাবনা।

কোষার্ব্বুদ বিদারণ—(Rupture of ovarian cyst)—অণ্ডাশয়ের সিষ্ট বিদীর্ণ হওয়া বিরল ঘটনা। স্বতঃ বা বাহ্য আঘাত জন্য বিদীর্ণ হইতে পারে। ক্ষুদ্র সিষ্ট আপনা হইতে বিদীর্ণ হয়। অণ্ডাশয়ের এক প্রকোষ্ঠ বিশিষ্ট ক্ষুদ্র সিষ্ট, ব্রড লিগামেণ্ট সিষ্ট, এবং গ্রন্থি বিশিষ্ট বহু প্রকোষ্ঠ যুক্ত সিষ্ট বিদীর্ণ হইতে দেখা যায়। ক্ষুদ্র সিষ্টের প্রাচীর পাতলা—অভ্যন্তরের তরল পদার্থের সন্তাপে সর্ব্বাপেক্ষা পাতলা স্থান বিদীর্ণ হয়। কিন্তু বৃহৎ অর্ব্বুদের প্রাচীর স্থূল, তাহা সহসা বিদীর্ণ হইতে পারে না। অর্ব্বুদমধ্যে শোণিত স্রাব, বা পূয়সঞ্চয়; এবং অর্ব্বুদপ্রাচীরের পচন বা অপকর্ষতার জন্যও বিদীর্ণ হইতে পারে। প্যাপিলোমেটাস বর্দ্ধন কর্ত্তৃক প্রাচীর বিদ্ধ হইলে অর্ব্বুদ বিদীর্ণ হইতে পারে। এইরূপে বিদীর্ণ হইলে রন্ধ্র ক্ষুদ্র হওয়ায় অভ্যন্তরস্থিত তরল পদার্থ অল্পে অল্পে বহির্গত হয়।

বৃহৎ শোণিতবাহিকা বিদীর্ণ হইলে এত শোণিত নিঃসৃত হয় যে, তজ্জন্য মৃত্যু হইতে পারে। ব্রড লিগামেণ্টের ক্ষুদ্র সিষ্ট বিদীর্ণ হইলে বিশেষ কোন অনিষ্ট হয় না; পরন্তু অর্ব্বুদ আরোগ্য হইতে পারে। কোলইড পদার্থ পেরিটোনিয়মে সংলিপ্ত হইলে পেরিটোনিয়ম রক্তপূর্ণ এবং স্থূল হয়। পূয় ইত্যাদি সংলগ্ন হইলে পেরিটোনিয়মে প্রদাহ হয়। সরলান্ত্র পথে বিদীর্ণ হইলে পীড়া আরোগ্য, পূয় জ্বর কিম্বা অবসন্নতার জন্যও রোগিণীর মৃত্যু হইতে পারে। উদর প্রাচীর, যোনি বা মূত্রাশয় পথেও স্রাব বহির্গত হয়। অর্ব্বুদ বিদীর্ণ হইলে তাহার আয়তন হ্রাস, যোনি, মূত্রাশয়, সরলান্ত্র বা অন্য পথে তরল পদার্থ বহির্গত কিম্বা অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের লক্ষণ।
(Clinical symptoms of Ovarian Tumour.)

উদর বৃহৎ না হইলে রোগিণী প্রায়ই অণ্ডাধারের অর্ব্বুদের বিষয় লক্ষ্য
করে না। মারাত্মক অর্ব্বুদ না হইলে প্রায়ই আর্ত্তবস্রাবের গোলযোগ
উপস্থিত না হইতে পারে। কিন্তু দুই-তৃতীয়াংশ রোগিণীর আর্ত্তব-
স্রাবের গোলযোগ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। অনেক স্থলেই আর্ত্তব
শোণিতের পরিমাণ অল্প এবং উভয় আর্ত্তব স্রাবের মধ্যবর্ত্তী সময় দীর্ঘ
হইয়া পরিশেষে একবারে রোধ হয়। পরন্তু অধিক আর্ত্তবস্রাব হওয়ার
দৃষ্টান্তও নিতান্ত বিরল নহে। রজঃকৃচ্ছ্রতা উপস্থিত হইতে পারে।
কখন কখন স্বাভাবিক নিয়মে আর্ত্তব স্রাব হইতে থাকে।

প্রথমে এক পার্শ্বে ক্ষুদ্র অর্ব্বুদের উৎপত্তি হয়: এই সময়ে অধি-
কাংশ স্থলেই বিশেষ কোন লক্ষণ উপস্থিত হয় না কিন্তু কোন কোন
স্থলে রজঃকৃচ্ছ্রতা, স্নায়বীয় প্রত্যাবর্ত্তক লক্ষণ, বস্তিগহ্বরে বেদনা, এবং
অর্ব্বুদ ক্রমে বর্দ্ধিত হইতে আরম্ভ করিলে মলমূত্রাশয়ের উত্তেজনা উপস্থিত
হইতে পারে। অর্ব্বুদপ্রাচীর আবদ্ধ এবং বস্তিগহ্বর হইতে উদর
গহ্বরে প্রবেশের প্রতিবন্ধকতা উপস্থিত হইলেও উক্ত লক্ষণসমূহ প্রবল
হয়।

সঞ্চাপজনিত লক্ষণ।—অর্ব্বুদ জন্য প্রথমে বস্তিগহ্বরের যন্ত্রাদি
যান্ত্রিক উপায়ে সঞ্চাপিত হয়—ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ জরায়ুকে সঞ্চাপিত করিয়া
মূত্রাশয়ের গ্রীবা এবং মূত্রনালীর সন্নিকটে উপস্থিত করে, তজ্জন্য প্রথমে
পুনঃ পুনঃ মূত্র ত্যাগের ইচ্ছা এবং পরে মূত্ররোধ উপস্থিত হওয়ার
সম্ভাবনা। সরলান্ত্র সঞ্চাপিত করিলে কোষ্ঠ পরিষ্কার হয় না, মল নিঃ-
সরণ জন্য রোগিণী বেগ দেওয়ায় অর্ব্বুদ আরও অধঃস্থ হয়, সুতরাং
অধিক সঞ্চাপের লক্ষণ উপস্থিত হয়। সেক্রাল স্নায়ু সঞ্চাপিত হওয়া
উরুদেশ পর্য্যন্ত বেদনা বিস্তৃত হয়। প্রথমে শোথ ইত্যাদি উপস্থিত হ

না কিন্তু শোণিত বাহিকা সঙ্কাপিত হইলে যোনি ও যোনিদ্বারে শোথ উপস্থিত হইতে পারে।

অর্ব্বুদ বস্তিগহ্বর হইতে উদর গহ্বরে উপস্থিত হইলেই বস্তিগহ্বরের সঙ্কাপের লক্ষণসমূহ অন্তর্হিত হয়। বৃহৎ না হওয়া পর্য্যন্ত তথাকার

১৬৮ তম চিত্র। অত্যন্ত বৃহৎ অণ্ডাশয়িক অর্ব্বুদ কর্ত্তৃক বক্ষঃগহ্বর সঙ্কাপিত হওয়ার চিত্র।

সঙ্কাপের কোন লক্ষণ উপস্থিত হয় না। ক্রমে বর্দ্ধিত হইতে আরম্ভ করিলে এক পার্শ্ব হইতে মধ্যস্থলে আসিতে থাকে। কোন অর্ব্বুদ এক অবস্থায় দীর্ঘকাল থাকে; কোনটী বা এত দ্রুত বর্দ্ধিত হয় যে, এক সপ্তাহ পরে উদরের আকৃতি অনেক পরিবর্ত্তিত ও বৃহৎ হয়। অর্ব্বুদ বর্দ্ধিত

হইয়া পূর্ণ গর্ভের অনুরূপ আয়তন বিশিষ্ট হইলে পাকস্থলীর সঞ্চাপের লক্ষণ উপস্থিত হওয়ায় আহারের পর অসুস্থতা অনুভব করে—বিবমিষা বা বমন হইতে পারে। ইহার পূর্ব্বে সাধারণ স্বাস্থ্য অক্ষুণ্ণ ছিল, এই সময় হইতে পোষণ কার্য্যের বিঘ্ন হয়, অত্যন্ত বমন হইতে থাকিলে শীঘ্রই দুর্ব্বলা হয়। ডায়ফ্রাম পেশী সঞ্চাপিত হওয়ায় শ্বাসকৃচ্ছ্রতা এবং হৃদ্‌পিণ্ড সঞ্চাপিত হওয়ায় শোণিতসঞ্চালনের বিঘ্ন ও সামান্য পরিশ্রমে হৃৎকম্পন উপস্থিত হয়। অভ্যন্তর হইতে সমস্ত উদরপ্রাচীর সঞ্চাপিত হওয়ায় নিম্ন ভেনাকেভা হইতে শোণিত সঞ্চালিত হইতে পারে না, তজ্জন্য পদ, যোনি এবং উদর প্রাচীরের নিম্নাংশে শোথ উপস্থিত হয়। মূত্রযন্ত্র পীড়িত হওয়ায় মূত্রের পরিমাণ অল্প এবং অণ্ডলাল মিশ্রিত হয়। ইউরিটার সঞ্চাপিত হইলে হাইড্রো-নিফ্রোসিস্ হইতে পারে কিন্তু ইহা অতি বিরল। অর্ব্বুদ অত্যন্ত বৃহৎ হইলে সঞ্চাপের লক্ষণসমূহ প্রবল হয়—অম্বাইলাইকেল হার্ণিয়া, অর্শঃ, পদে শোথ, উদর অত্যন্ত স্ফীত, তাহার বাহ্য শিরাসমূহ সুস্পষ্ট, স্ফীত ও বক্র; এবং উদরের ত্বকে চিহ্ন উপস্থিত হয়।

পোষণ কার্য্যের বিঘ্ন হওয়ায় রোগিণী ক্রমে ক্রমে জীর্ণাশীর্ণা হইয়া কঙ্কালাবশিষ্টে পরিণতা হয়। মুখমণ্ডল বিশেষ লক্ষণযুক্ত—চিন্তা ও ক্লান্তিব্যঞ্জক—নাসার ত্বক্ কুঞ্চিত, নয়নদ্বয় কোটরনিমগ্ন, নাসাপুট তীক্ষ্ণ—প্রসারিত, অধরোষ্ঠ দীর্ঘ সঞ্চাপিত, মুখের কোণ অবনত, কোণের পার্শ্বত্বক্ কুঞ্চিত বন্ধুর ইত্যাদি লক্ষণযুক্ত বিশেষ প্রকৃতি বিশিষ্ট মুখমণ্ডল ফেসিস্ ওভেরিকা (Facies ovarica) নামে উক্ত হয়। বৃহৎ অর্ব্বুদ জন্য আবশ্যকীয় শারীরিক পরিশ্রমে দীর্ঘকাল পরাঙ্মুখ থাকার ফলে হৃদপিণ্ড ও অন্যান্য যন্ত্রে মেদাপকর্ষতা উপস্থিত হয়।

উপসর্গ মধ্যে অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ প্রধান। সীমাবিশিষ্ট স্থানে সামান্য প্রদাহ হইলে সংযোগ দ্বারা আবদ্ধ হয় সত্য কিন্তু

তজ্জন্য রোগিণী শয্যা গ্রহণ করে না। কিম্বা বিশেষ চিকিৎসারও আশ্রয় গ্রহণ করে না। সুতরাং এইরূপ প্রদাহের বিবরণ বিশেষ অবগত হওয়া যায় না। অর্ব্বুদ উদরের ঊর্দ্ধ অর্দ্ধাংশ পর্য্যন্ত উত্থিত না হইলে পেরিটোনাইটিস্ অল্পই হইতে দেখা যায়। উক্ত স্থান পর্য্যন্ত উত্থিত হইলে অধিক প্রদাহ হয়। সম্মুখপ্রাচীরে অধিক সঞ্চাপ পতিত হয়, উভয়ের মধ্যস্থিত ব্যবধান কেবল মাত্র ওমেণ্টম, তজ্জন্য ওমেণ্টমসহ শীঘ্রই সংলিপ্ত হইয়া যায়। প্রদাহ বিস্তৃত হওয়ায় ক্রমে অন্যান্য যন্ত্রের সহিত আবদ্ধ হয়। সীমাবদ্ধ বেদনা—টন্‌টনানি, এবং ঘর্ষণ শব্দ দ্বারা প্রদাহ স্থির করা যাইতে পারে। প্রদাহ বিস্তৃত হইয়া পড়িলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লিপ্রদাহের লক্ষণ সমস্ত উপস্থিত হয়। অন্ত্রসহ আবদ্ধ হইলেই অন্ত্রাবরোধ উপস্থিত হওয়ার আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে সত্য কিন্তু অল্প স্থলেই উক্ত উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

১৬১ তম চিত্র। অণ্ডাশয়িক সিষ্টোমা।

অর্ব্বুদ প্রথমে উদরের নিম্নাংশে—এক পার্শ্বে অনুমিত হয়, পরে মধ্যস্থলে আইসে, নাভীর নিম্নাংশের পরিবেষ্টন মাপ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক হয়। প্রথমাবস্থায় পীড়িত পার্শ্বের সম্মুখের মধ্য রেখা হইতে মেরুদণ্ড পর্য্যন্ত

অথবা ইলিয়মের অগ্র ঊর্দ্ধ স্পাইন হইতে নাভী পর্য্যন্তের পরিমাপ অধিক হয়। অর্ব্বুদের সীমা নির্দ্দিষ্ট হইতে পারে। উদর ত্বক পাতলা এবং সটান হওয়া ব্যতীত অপর কোন অস্বাভাবিকাবস্থা উপস্থিত হয় না। কিন্তু অত্যন্ত বৃহৎ হইলে সুস্পট শিরা এবং লিনিয়া এল্‌বিকেল দৃষ্ট হয়। অর্ব্বুদের সীমামধ্যে তরল দ্রব্য সঞ্চালন অনুমিত হয়, তরঙ্গ সুস্পষ্ট কিন্তু উদরীর অনুরূপ তত বাহ্যস্থিত বোধ হয় না। মধ্য স্থলের প্রতি-ঘাত শব্দ নিরেট, অবস্থানপরিবর্ত্তনে ইহার কোন পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয় না। অর্ব্বুদের পার্শ্বে অন্ত্র বর্ত্তমান থাকায় শূন্যগর্ভ শব্দ উপস্থিত হয়, সচরাচর অর্ব্বুদের পশ্চাতে জরায়ু স্থানভ্রষ্ট হয়। অঙ্গুলী দ্বারা যোনি পরীক্ষা করিলে জরায়ু ঊর্দ্ধে আকর্ষিত এবং তাহার গ্রীবা ক্ষুদ্র অনুমিত হইতে পারে। ট্যাপ করিয়া তরল পদার্থ বহির্গত করিলে পীতাভ বর্ণ, চটচটে আঠাবৎ বা অন্য প্রকৃতির তরল পদার্থ নির্গত হয়; তন্মধ্যে তৈল কণা, রক্তবর্ণ, নানাবিধ ইপিথিলিয়াল কোষ, কোলেষ্টিরিণ ইত্যাদি দেখা যায়।

গর্ভের প্রথম লক্ষণের অনুরূপ—বমন, বিবমিষা ইত্যাদি এবং স্তন বৃহৎ ও তন্মধ্যে দুগ্ধ সঞ্চার ইত্যাদি হইতে পারে, কিন্তু গর্ভের নির্দ্দিষ্ট নিয়মে উদর বর্দ্ধিত হয় না। ভ্রূণের হৃদ্‌পিণ্ডের শব্দ শ্রুত হওয়া যায় না। জরায়ু আকুঞ্চিত হয় না, জরায়ু-গহ্বর বর্দ্ধিত হয় না, গ্রীবা কোমল এবং লম্বিত হয় না। নাভী উচ্চ, বহির্ম্মুখী, পাতলা বা জলজলে বোধ হয় না। অর্ব্বুদ জরায়ুসহ সঞ্চালিত হয় না। জরায়ুর সহিত অর্ব্বুদের সংযোগ থাকে না। কম্প, উত্তাপ বৃদ্ধি, বেদনা এবং রজনীতে জরায়ুভবের ইতিবৃত্ত থাকে না। চৈতন্যাহারক ঔষধ প্রয়োগ করায় অর্ব্বুদের আয়তন হ্রাস হয় না। মূত্রাশয় হইতে মূত্র বহির্গত করিলে অর্ব্বুদের আয়তন হয় না। শরীরের অন্য কোন স্থানে স্থূলত্ব থাকে না। অর্ব্বুদের পদার্থের আপেক্ষিক গুরুত্ব অত্যন্ত অল্প নহে, সহসা সংযত হয় না,

রসের অনুরূপ পাতলা নহে এবং "এট্লীর বিশেষ প্রকৃতির সৌত্রিক কোষ বিদ্যমান থাকে। ট্যাপ করিলে পীড়া নিঃশেষ হয় না। মারাত্মক পীড়ার বিশেষ লক্ষণ উপস্থিত থাকে না।

গর্ভ ও অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ—একই সময়ে বর্ত্তমান থাকিতে পারে। ডারমইড অর্ব্বুদ থাকা স্বত্বে অনেক স্থলে গর্ভসঞ্চার হইতে দেখা যায়। গর্ভসঞ্চার হইলে বস্তিগহ্বরে অধিক শোণিত সঞ্চালিত হয়, সুতরাং এই সময়ে অণ্ডাশয়ে অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকিলে তাহা দ্রুত বর্দ্ধিত হইতে থাকে। এইরূপ স্থলে উদরের আয়তন অত্যন্ত বর্দ্ধিত হইতে দেখা যায়। সঞ্চাপজনিত লক্ষণসমূহও প্রবল হয়। প্রসবে বিঘ্ন হওয়ার সম্ভাবনা। প্রসবপথে বাধা প্রদান করে। জরায়ু স্থানভ্রষ্ট হয়। বৃহৎ অর্ব্বুদ জন্য উদরপ্রাচীর অত্যন্ত প্রসারিত হইলে প্রসবে বিলম্ব হয়। বস্তিগহ্বরের প্রাচীর এবং ভ্রূণমস্তকের সঞ্চাপজন্য অর্ব্বুদ সঞ্চাপিত হইলে বিদীর্ণ, শোণিতস্রাব ইত্যাদি দুর্ঘটনা হওয়াও অসম্ভব নহে। এই ঘটনায় প্রসবের পর অর্ব্বুদ মধ্যে পূয়োৎপত্তি হইতে দেখা যায়। উদর-গহ্বরস্থিত অর্ব্বুদের বৃন্ত মোচড়াইয়া যাইতে পারে। কখন কখন নির্ব্বিঘ্নে প্রসব হইতেও দেখা গিয়াছে।

গর্ভাবস্থায় ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকা স্বত্বে প্রসবসময় সন্নিকটবর্ত্তী হইয়া আসিলে প্রসব হওয়া পর্য্যন্ত অস্ত্রোপচারে বিলম্ব করাই সৎ পরামর্শ। অন্য স্থলে শীঘ্রই অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা উচিত। অর্ব্বুদ মারাত্মক এবং উচ্ছেদ করা অসম্ভব অথচ বিলম্ব জন্য রোগিণীর জীবন নাশের আশঙ্কা হইলে অকালে প্রসব করান কর্ত্তব্য। শীঘ্র উপশম করা আবশ্যক অথচ ওভেরিওটমী করা কৃচ্ছ্রসাধ্য হইলে ট্যাপ করা বিধেয়।

বস্তিগহ্বরমধ্যে অর্ব্বুদ কর্ত্তৃক ভ্রূণমস্তক সঞ্চাপিত হইলে প্রথমে স্থূলে উদরগহ্বরের অভিমুখে উত্থিত করিতে যত্ন করিবে; অকৃতকার্য্য হইলে যোনিপ্রাচীর কর্ত্তন পূর্ব্বক অর্ব্বুদের মূলদেশ বন্ধন করতঃ অর্ব্বুদ

বহির্গত করিবে। কখন বা অর্ব্বুদ বিদীর্ণ করিয়া তৎপর যোনিপথে বহির্গত করা হয়, কিন্তু যোনিপথ অপেক্ষা উদরপ্রাচীর কর্ত্তন পূর্ব্বক অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা সহজ সাধ্য; ইহা স্মরণ করিয়া কার্য্য করা উচিত। ট্যাপ করিয়া তরল পদার্থ বহির্গত করিয়া তৎপর কর্ত্তন প্রসারিত করতঃ অপরাপর পদার্থ বহির্গত করিয়া সেলাই দ্বারা কর্ত্তন বন্ধ করাই সর্ব্বাপেক্ষা সহজ সাধ্য।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের পরিণাম।

পারওভেরিয়ান টিউমার বিদীর্ণ হইয়া আপনা হইতে আরোগ্য হওয়া সম্ভব। মূলদেশ মোচড়াইয়া গেলে শোণিত সঞ্চালন হ্রাস হওয়ায় অর্ব্বুদের বৃদ্ধিরোধ হইতে পারে। ওভেরিয়ান সিষ্টের অধিকাংশই রোগিণীর মৃত্যু না হওয়া পর্য্যন্ত ক্রমে বর্দ্ধিত হইতে থাকে। মাল্‌টিলোকিউলার সিষ্ট দ্রুত বর্দ্ধিত হয়, অধিকাংশ স্থলে ৩।৪ বৎসরের মধ্যে মৃত্যু হয়। পঞ্চাশ বৎসর কালও অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকিতে দেখা গিয়াছে।

ত্রিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ নির্ণয়।

(The Diagnosis of Ovarian Tumours)

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ নির্ণয় সহজসাধ্য নহে। প্রথমাবস্থায় পার্থক্য নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন। পীড়ারম্ভের ইতিবৃত্ত বিশদভাবে অবগত হইতে না পারিলে এবং উপসর্গ সমন্বিত পীড়া হইলে ভ্রম হওয়ার অধিক

সম্ভাবনা। নিম্নলিখিত পীড়া সমূহের সহিত অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা—হিষ্টিরিক্যাল টিম্পানাইটিস এবং ফ্যাণ্টম টিউমার, ফিক্যাল টিউমার। প্রসারিত পাকস্থলী, পরিপূর্ণ মূত্রাশয়, হাইড্রোমেট্রা, হিম্যাটোমেট্রা, পাইওমেট্রা, ফাইজোমেট্রা, হাইড্রোস্যাল্‌পিনক্স, উদরী। এন্সিষ্টেড ড্রপসী, হিমেটোসিল, পারওভেরিয়ম, কিডনী, প্লীহা, যকৃৎ, জরায়ু প্রভৃতির কোষার্ব্বুদ। জরায়ুরফাইব্রইড। স্থান ভ্রষ্ট যকৃৎ, প্লীহা, কিডনী প্রভৃতি। হাইড্রোনেফ্রোসিস্ প্রভৃতি। ঔদরিক গ্রন্থি বর্দ্ধন, ওমেণ্টাল অর্ব্বুদ, গর্ভ, হাইড্রামনিয়ম, মৃত ভ্রূণ, বস্তিগহ্বরের স্ফোটক, হাইডেটিডমোল। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি মধ্যে পূয় রসাদি সঞ্চয়। পেরিটোনিয়ম এবং জরায়ুর মারাত্মক পীড়া। মেসেণ্টেরিক সিষ্ট, একষ্ট্রা পেরিটোনিয়াল সিষ্ট ইত্যাদি। ঐ সমস্তের মধ্যে সচরাচর যে সমস্ত ভ্রম প্রমাদ উপস্থিত হয়, তাহাদের পার্থক্যসূচক লক্ষণসমূহ বিশেষভাবে উল্লিখিত হইতেছে।

ফ্যাণ্টম টিউমার (Phantom Tumour) অর্থাৎ বাইগোলা। একটী রোগিণী সর্ব্ব বিষয়েই সুস্থ, কেবলমাত্র তাহার উদর স্ফীত— তদ্রূপ স্থলে উদরমধ্যে অর্ব্বুদ আছে কি না, এইরূপ প্রশ্ন হইতে পারে, কিন্তু অল্প সময় মধ্যে দ্রুত বর্দ্ধিত হইয়া থাকিলে অর্ব্বুদের সন্দেহ হইতে পারে না। অপর তিনটী বিষয়ের বিবেচনা করা কর্ত্তব্য। (১) মেদ সঞ্চয় (২) পৈশিক ক্রিয়া এবং (৩) বায়ু সঞ্চয়। স্ত্রীলোকদিগের উদর প্রাচীরে অল্প সময় মধ্যেই অত্যধিক মেদ সঞ্চিত হয়, তদ্রূপ স্থলে অর্ব্বুদের ভ্রম হইতে পারে। উদরমধ্যে বায়ু সঞ্চিত থাকিলে উদর স্ফীত হয়, উদর প্রাচীরে মেদ সঞ্চিত না থাকিতে পারে। এইরূপ স্ফীতির সহিত পরিপাক বিকার জন্য বায়ু সঞ্চিত হওয়ার কোন সম্বন্ধ নাই। দীর্ঘকাল বায়ু অবরুদ্ধ থাকিয়া উদর স্ফীত হয়, তাহাই অর্ব্বুদ সহ ভ্রম জন্মাইতে পারে। কটিদেশের মেরুদণ্ডের সম্মুখ বক্রতার জন্যও

উদরপ্রাচীর সম্মুখে স্ফীত বোধ হইতে পারে কিন্তু অভ্যন্তরে অর্ব্বুদ থাকে না।

এইরূপ স্থলে রোগিণীকে মুখব্যাদনপূর্ব্বক ধীরভাবে গভীর শ্বাস লইতে বলিয়া উদর প্রাচীরোপরি ক্রমে ক্রমে সঞ্চাপ প্রয়োগ করিলে মেরুদণ্ড স্পর্শ করা যাইতে পারে। প্রত্যেক বার নিশ্বাস পরিত্যাগ করার সময়েই অঙ্গুলি দ্বারা গভীরভাবে সঞ্চাপ দিতে হয়। নিশ্বাস গ্রহণ করার সময়ে অঙ্গুলি স্থিরভাবে রাখা উচিত, যেন তাহা স্থানভ্রষ্ট না হয়। উভয় হস্তের পরীক্ষায় অঙ্গুলিদ্বয়ের মধ্যে অর্ব্বুদ অনুমিত হয় না। জরায়ু স্বাভাবিক বোধ হয়। প্রতিঘাত শব্দ শূন্যগর্ভ। তরল পদার্থের সঞ্চালন বর্ত্তমান থাকে না, তদ্রূপ সঞ্চালন বর্ত্তমান না থাকিলে বৃহৎ কোষাবৃত অর্ব্বুদ কিম্বা উদরী বর্ত্তমান থাকা সম্ভব নহে। পরীক্ষার সময়ে গল্প করিয়া রোগিণীকে অন্যমনস্কা করা উচিত। এইরূপ পরীক্ষায় নিঃসন্দেহ হইতে না পারিলে চৈতন্যনাশক ঔষধ প্রয়োগ করিয়া সন্দেহ ভঞ্জন করিবে।

তরল দ্রব্যের সঞ্চালন অনুমিত হইলে নিম্নলিখিত কয়েকটী পীড়ার কোন একটী বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা।

I. সাধারণ।—(১) মূত্রপূর্ণ প্রসারিত মূত্রাশয়। (২) উদরী এবং পেরিটোনিয়ম মধ্যে আবদ্ধ তরল পদার্থ সঞ্চয়। (৩) অণ্ডাশয়ের সিষ্ট।

II. বিরল।—(৪) হাইড্রোমনিয়ম। (৫) হাইড্রোনিফ্রোসিস্ ইত্যাদি এবং কিডনির সিষ্ট। (৬) তরল পদার্থ পূর্ণ জরায়ুর অর্ব্বুদ। (৭) হাইড্রোস্যালপিনক্স। (৮) পিত্তপরিপূর্ণ পিত্তস্থলী। (৯) হাই-ডেটিড সিষ্ট।

III. অতি বিরল।—(১০) প্যানক্রিয়েটিস্ সিষ্ট। (১১) মেসিণ্টিক সিষ্ট; (১২) প্লীহিক সিষ্ট।

মূত্রপরিপূর্ণ বিস্তৃত মূত্রাশয়।—শলাকা প্রবেশ করাইয়া মূত্র বহির্গত করিয়া দিলেই মূত্রাশয় সঙ্কুচিত হয়। পরীক্ষা করার প্রথমেই মূত্র বহির্গত করা প্রধান কর্ত্তব্য।

উদরী (Ascites)—ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ হইলে উদরীর সহিত ভ্রম হয় না, কিন্তু অর্ব্বুদ বৃহৎ হওয়ায় উদর বিস্তৃত হইলে উদরীর সহিত ভ্রম হইতে পারে। উদরী পীড়ায় উদর প্রাচীরের পরিধির মাপ নাভির সন্নিকটে সর্ব্বাপেক্ষা বৃহৎ হয়। রোগিণী উত্তানভাবে শয়ন করিয়া থাকিলে উদরের সম্মুখাংশে চেপটা এবং উভয় পার্শ্ব স্ফীত হইয়া ঝুলিয়া পড়ে, কিন্তু তরল পদার্থ কোষাবৃত্ত থাকিলে বর্ত্তুলাকারে অবস্থিতি করে সুতরাং উদরের আকৃতি উদরী অপেক্ষা বিভিন্নরূপ ধারণ করে।

উদরীর তরল দ্রব্যের তরঙ্গবৎ গতি এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত এবং ঊর্দ্ধ হইতে অধঃ পর্য্যন্ত সকল স্থানেই অনুমিত হয় কিন্তু অণ্ডাশয়ের কোষার্ব্বুদের তরঙ্গবৎ সঞ্চালন কেবল অর্ব্বুদমধ্যে সীমাবদ্ধ থাকে। অর্ব্বুদ অত্যন্ত বৃহৎ হইলে সমস্ত উদরেই অনুমিত হইতে পারে।

উদরী হইলে তরল পদার্থের ঊর্দ্ধাংশে অন্ত্র ভাসমান থাকায় সেই অংশ শূন্যগর্ভ হয়। রোগিণী উত্তানভাবে শয়ন করিলে উদরের উভয় পার্শ্ব এবং নিম্নাংশ নিরেট এবং মধ্যস্থল ও ঊর্দ্ধাংশ শূন্যগর্ভ হয়। রোগিণী এক দিকে পার্শ্ব পরিবর্ত্তন করিলে উক্ত শূন্যগর্ভের স্থান পরিবর্ত্তিত হয়। ঊর্দ্ধাংশ শূন্যগর্ভ হয়। কিন্তু তরল পদার্থ কোষাবৃত্ত হইলে কেবল কোষের সীমা মধ্যে তরল পদার্থের সঞ্চালন অনুমিত হয়। পার্শ্ব পরিবর্ত্তনে উহার কোন বিশেষ পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয় না। অন্ত্র আবদ্ধ, পার্শ্বস্থিত কোলন অত্যধিক বায়ুপূর্ণ বা ক্ষুদ্র মেসেণ্টরি বর্ত্তমান থাকিলে সামান্য গোলযোগ উপস্থিত হইতে পারে।

উদরী হইলে উভয় পার্শ্বের অগ্র ঊর্দ্ধ ইলিয়াক স্পাইন হইতে নাভি সমদূরবর্ত্তী এবং জাইফষ্টার্ণাল সন্ধি ও পিউবিসের মধ্যস্থলে—প্রথমোক্ত অপেক্ষা শেষোক্ত স্থলের এক ইঞ্চ সন্নিকটে—নাভিস্বাভাবিক স্থলে অবস্থিত হয়। অর্ব্বুদের সীমার অনুরূপ কোন সীমা অনুভব করা যায় না সত্য কিন্তু মধ্যমাকৃতি অর্ব্বুদের সীমা নির্দ্দেশ করা যাইতে পারে। পেরিটোনিয়মের পীড়া ব্যতীত অন্য পীড়ায় আনুষঙ্গিকরূপে উদরী উপস্থিত হইলে পার্থক্য নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন হয়।

পেরিমিট্রিয়ম মধ্যে কোষাবৃত রস বা পূয় সঞ্চিত থাকার সন্দেহ হইলে পীড়ার ইতিবৃত্ত অনুসন্ধান করা কর্ত্তব্য। পীড়া আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্বে বস্তিগহ্বরের প্রদাহের ইতিবৃত্ত বর্ত্তমান থাকে। প্রসব বা গর্ভস্রাবের পর বস্তিগহ্বরে বেদনা, কম্প, বমন ইত্যাদি আরম্ভ হইয়া পীড়া আরম্ভ হয়। অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ অপেক্ষা ইহা আবদ্ধ ও যোনি-পরীক্ষায় জরায়ু আবদ্ধ অনুমিত এবং পার্শ্বদেশে প্রদাহজ স্রাব অনুমিত হইতে পারে। কিন্তু অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ হইলে জরায়ুর সহিত ঐ আবদ্ধাবস্থা অনুমিত হয় না। টিউবারকেল জন্য উদরগহ্বরে অর্ব্বুদ হইলে, ইতিবৃত্ত এবং ভৌতিক পরীক্ষা দ্বারা পার্থক্য নির্ণয় কর্ত্তব্য।

অর্ব্বুদসহ উদরী—অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ এবং উদরী একত্রে বর্ত্তমান থাকিলে উদরগহ্বরের সর্ব্বত্র তরল দ্রব্যের সঞ্চালন অনুমিত হইতে পারে, কিন্তু কেবলমাত্র উদরী বর্ত্তমান থাকিলে যেরূপ তরল দ্রব্যের তরঙ্গবৎ সঞ্চালন অনুমিত হয়, ইহাতে তদ্রূপ হয় না। অর্ব্বুদ কর্ত্তৃক অন্ত্র ঊর্দ্ধ পশ্চাদভিমুখে সঞ্চালিত হওয়ায় তাহা সহজভাবে পরিচালিত হইতে পারে না, সুতরাং সাধারণ উদরীর অনুরূপ নিরেটভাব ও তত স্থানভ্রষ্ট হইতে পারে না। সামান্য মাত্র পরিবর্ত্তন উপস্থিত হইতে পারে। পরন্তু প্রতিঘাতে উদরের সম্মুখদেশের ঊর্দ্ধাংশে শূন্যগর্ভ এবং

নিম্নাংশে পূর্ণগর্ভ শব্দ উপস্থিত হইলে উভয়ের সম্মিলন স্থলে গভীরভাবে অঙ্গুলি দ্বারা সঞ্চাপিত করিয়া প্রতিঘাতে পূর্ণগর্ভ শব্দের স্থানে শূন্য গর্ভ শব্দ উত্থিত হইলে উদরী, এবং পূর্ণগর্ভ শব্দ উত্থিত হইলে উদরী-সহ অর্ব্বুদ অনুমান করা যাইতে পারে। কেবলমাত্র উদরী বর্ত্তমান থাকিলে অঙ্গুলি সঞ্চাপনের সময় তরল পদার্থ সহজেই স্থান ভ্রষ্ট হয়, কিন্তু অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকিলে উদরীর তরল পদার্থ স্থানভ্রষ্ট হওয়ার পরেই অর্ব্বুদের প্রাচীর কর্ত্তৃক অঙ্গুলি বাধা প্রাপ্ত হওয়ায় অঙ্গুলি আর গভীর স্তরে যাইতে পারে না। উদরপ্রাচীর অত্যধিক স্ফীত থাকিলে রোগ নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন হয়। তদ্রূপ স্থলে ট্রোকার দ্বারা তরল পদার্থ বহির্গত করিয়া স্থির-মীমাংসা করা যাইতে পারে সত্য, কিন্তু অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকিলে অনেকের মতে ট্রোকার বিদ্ধ করা অনিষ্টকর।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ এবং জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদের পার্থক্যসূচক লক্ষণ।—সৌত্রিক অর্ব্বুদ কঠিন, তরল পদার্থের সঞ্চালন বিহীন, জরায়ুসহ সঞ্চালনশীল, জরায়ু গঠনে পরিবর্দ্ধিত হয় এবং গ্রীবা সঞ্চালিত করিলেই জরায়ুসহ অর্ব্বুদ সঞ্চালিত হয়, ইত্যাদি লক্ষণ পূর্ব্বেই উল্লেখ করা হইয়াছে। (১) লিগামেণ্টের স্তরদ্বয়ের মধ্যস্থিত অর্ব্বুদ জন্য জরায়ু এক পার্শ্বে স্থানভ্রষ্ট ও ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ জন্য তরল দ্রব্যের তরঙ্গ অনুভব অসম্ভব হইলে এবং (২) বহু কোষ্টক বিশিষ্ট অর্ব্বুদের তরল দ্রব্যের তরঙ্গ অনুভব করার পরিবর্ত্তে কঠিন অনুভব করিলে পার্থক্য নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন হয়, ক্ষুদ্র ও বৃহৎ সিষ্ট মিশ্রিত থাকিলে, এক পার্শ্বে তরল পদার্থ এবং অপর পার্শ্ব নিরেট বোধ হইলে যদি ঐ নিরেট অংশ সম্মুখে ও পার্শ্বে এবং তরল পদার্থ পশ্চাতে এবং মধ্যাংশে অবস্থিত হয়, তাহা হইলে তরল দ্রব্যের সঞ্চালন অনুভূত না হইতে পারে। উল্লিখিত স্থলে ভ্রম হওয়ার বিলক্ষণ সম্ভাবনা। জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদসহ অণ্ডাশয়ের সিষ্ট বর্ত্তমান থাকিতে দেখা গিয়াছে। ঐরূপ

স্থলে সম্মুখে সৌত্রিক অর্ব্বুদ এবং পশ্চাতে অণ্ডাশয়ের সিষ্ট বর্ত্তমান থাকিলে স্থির নিশ্চয় করা অসম্ভব।

জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদেও কখন কখন তরল দ্রব্যের তরঙ্গ অনুমিত হওয়ায় অণ্ডাশয়ের সিষ্টসহ ভ্রম হইতে পারে, পূর্ব্বে তাহা উল্লিখিত হইয়াছে। তরল দ্রব্য বর্ত্তমান না থাকা সত্ত্বেও হস্তে তরল দ্রব্যবৎ অনুমিত হইতে পারে। সৌত্রিক অর্ব্বুদের অপকর্ষতার জন্য তদভ্যন্তরে তরল পদার্থ সঞ্চিত থাকে। তদ্রূপ সন্দেহ হইলে অপরাপর লক্ষণ মিলাইয়া দেখা কর্ত্তব্য। সারকোমা সম্বন্ধেও ঐ প্রণালী অবলম্বন করিতে হয়। জরায়ু-গহ্বর বিশেষরূপে পরীক্ষা করা আবশ্যক।

হিমেটোসিল সহ অণ্ডাশয়ের সিষ্টের ভ্রম হইতে পারে। ইতিবৃত্ত অনুসন্ধান করিলে অবগত হওয়া যায়—হিমেটোসিল অকস্মাৎ উৎপন্ন হয়, অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ ক্রমে ক্রমে বর্দ্ধিত হয়, হিমেটোসিল দৃঢ়রূপে আবদ্ধ থাকে, অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ সঞ্চালনশীল। অণ্ডাশয়ের মারাত্মক অর্ব্বুদ আবদ্ধ থাকিতে পারে, কিন্তু তাহা ভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট—প্রবল বেদনা, শরীর ক্ষয় এবং উদরী ইত্যাদি উপস্থিত হয়। হিমেটোসিলের তরুণ অবস্থা অতীত হইলে তত প্রবল বেদনা থাকে না। শরীরও দ্রুত ক্ষয় কিম্বা উদরী হয় না। জরায়ু-গহ্বরে অত্যধিক শোণিত সঞ্চিত এবং তজ্জন্য জরায়ু বর্দ্ধিত হইলেও ভ্রম প্রমাদ উপস্থিত হয়।

কোষাবৃত রস কিম্বা পূয় সঞ্চিত থাকিলে অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের সহিত ভ্রম হইতে পারে। পীড়ার ইতিবৃত্ত পার্থক্য নির্ণয়ে সাহায্য করে। গর্ভস্রাব, প্রসব ইত্যাদির পর এই পীড়া উপস্থিত হয়। বেদনা, কম্প, বমন এবং জ্বরের ইতিবৃত্ত অবগত হওয়া যায়। পরীক্ষাধীনে থাকা সময়েও জ্বর থাকিতে পারে। স্থানিক পরীক্ষায় অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের অনুরূপ নির্দ্দিষ্ট সীমা অনুমিত হয় না। অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদাপেক্ষা অধিক দৃঢ় আবদ্ধ। যোনিপরীক্ষায় জরায়ুর পার্শ্বে প্রদা-

হওয়া আর অনুমিত হয়। জরায়ু অল্পাধিক আবদ্ধ থাকে। অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদে উক্ত উভয় অবস্থাই বর্ত্তমান থাকে না। ঊর্দ্ধ হইতে সঞ্চাপ জন্য জরায়ু উক্তরূপে সঞ্চালিত না হইতে পারে, কিন্তু তাহা আবদ্ধ থাকে না। এই সমস্ত বিষয় বিবেচনা করিলেই ভ্রম দূর হইতে পারে।

হাইড্রোনেফ্রোসিস্ ও পাইওনেফ্রোসিস্—ঊর্দ্ধ হইতে নিম্নাভিমুখে বৰ্দ্ধিত হইয়া নিম্নে আইসে। কটিদেশে শূলবেদনার অনুরূপ বেদনা হয়। মূত্রযন্ত্রের পীড়ার অন্যান্য লক্ষণ—পুনঃপুনঃ প্রস্রাব, প্রস্রাবসহ শোণিত, পূয় ও অণ্ডলাল প্রভৃতি নিঃসৃত হইতে পারে। বৃহৎ না হইলে বস্তিগহ্বর হইতে সহজে পৃথক করা যায়। ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ সঞ্চাপিত করিয়া শেষ পঞ্জর্কা পর্য্যন্ত অনুভব করা যায়। কোলন সম্মুখে থাকায় সম্মুখ অংশ শূন্যগর্ভ এবং পশ্চাদংশে অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকায় তৎস্থান পূর্ণগর্ভ অনুমিত হয়। ইউরিটারের অবরোধ অপসারিত হইলে সহসা অত্যাধিক প্রস্রাব হওয়ার পর অর্ব্বুদ বিলুপ্ত হইতে পারে। সম্ভাবিত স্থলে হাইড্রোনিফ্রোসিস্ উত্থিত করিলে তৎসহ জরায়ু আকর্ষিত হয় না। কিন্তু অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলে এই শেষোক্ত পার্থক্যসূচক পরীক্ষা হইতে পারে না। অপর পক্ষে—অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ বস্তিগহ্বর হইতে ঊর্দ্ধাভিমুখে বৰ্দ্ধিত হইতে থাকে। মূল বস্তিগহ্বরে আবদ্ধ। কিন্তু জরায়ু হইতে পৃথক্। অর্ব্বুদ ঊর্দ্ধাভিমুখে উত্থিত করিলে জরায়ু তৎসহ আকর্ষিত হইতে পারে। অর্ব্বুদ সম্মুখে এবং অন্ত্র পশ্চাতে থাকায় সম্মুখাংশে পূর্ণগর্ভ এবং পশ্চাদংশে শূন্যগর্ভ শব্দ অনুমিত হয়। মূত্রের অস্বাভাবিকত্ব অল্পই উপস্থিত হয়, কিন্তু আর্ত্তব স্রাবের গোলমাল বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা।

হাইডেটিডস্ বস্তিগহ্বরে কদাচিৎ হয়। যকৃতের হাইডেটিড ঊর্দ্ধ হইতে নিম্নাভিমুখে বৰ্দ্ধিত হইয়া বস্তিগহ্বরে উপস্থিত হইলে ভ্রম হওয়া আশ্চর্য্য নহে। ওমেণ্টমের হাইডেটিড বৃহৎ হইলে বস্তিগহ্বরে—জরায়ু ও সরলান্ত্রের মধ্যস্থলে উপস্থিত হইলে ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু

এই পীড়া এতদ্দেশে অত্যন্ত বিরল"। উদর কর্ত্তন ব্যতীত স্থির মীমাংসায় সমাগত হওয়া অসম্ভব।

জরায়ুর বহির্ভাগে পূর্ণগর্ভ হইলে, ভ্রূণের অংশ অনুমিত হইতে পারে। জীবিত ভ্রূণের হৃদ্‌পিণ্ডের শব্দ শ্রুত হওয়ার সম্ভাবনা। ডারময়ড অর্ব্বুদের অভ্যন্তরে অস্থি এবং অন্যান্য বিধান বর্ত্তমান থাকিলে তাহা স্পর্শে জরায়ুর বহির্ভাগে গর্ভসঞ্চার—অস্থি প্রভৃতি ভ্রূণের অঙ্গ প্রত্যঙ্গ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে, কিন্তু বিশেষরূপে পরীক্ষা করিলে উক্ত পদার্থ যে ভ্রূণের অঙ্গ নহে, তাহা স্থির হয়। পরন্তু পীড়ার ইতিবৃত্ত ভিন্ন প্রকৃতিবিশিষ্ট। আর্ত্তবস্রাব বন্ধ থাকার নির্দ্দিষ্ট সময়, মধ্যে মধ্যে অনিয়মিত শোণিত স্রাব, উদরের নিম্নাংশে বেদনা, ডেসিডুয়া নির্গত হওয়া প্রভৃতি জরায়ুর বহির্ভাগে গর্ভসঞ্চারের লক্ষণ অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদে বর্ত্তমান থাকে না।

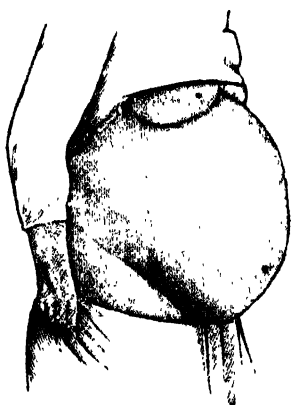
হাইড্রোস্যালপিনক্স বৃহৎ হইলে অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের সহিত ভ্রম হওয়ার বিশেষ সম্ভাবনা। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে পার্থক্য নির্ণয় অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। উভয় পার্শ্বে অর্ব্বুদ থাকিলে সন্দেহ করা যাইতে পারে কিন্তু নিশ্চিত করিয়া বলা যায় না। তবে উভয় স্থলেই অস্ত্রোপচার করিয়া দূরীভূত করা একমাত্র চিকিৎসা। সুতরাং ভ্রম হইলেও কোন অনিষ্ট হয় না।

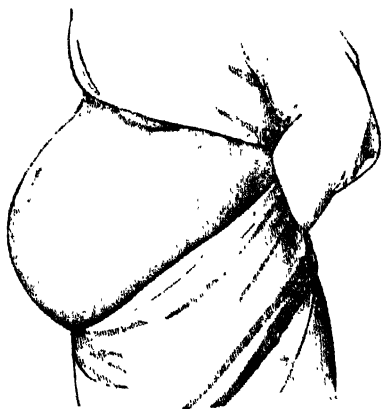
প্রসারিত পিত্তস্থলীর সহিত অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের ভ্রম হওয়ার বিষয় লিপিবদ্ধ আছে। পুরুষের পিত্তস্থলী প্রসারিত হওয়ার সংখ্যার অনুপাতে স্ত্রীলোকের পিত্তস্থলী প্রসারণ আটগুণ অধিক। পিত্তস্থলী অত্যধিক প্রসারিত হইলে অনেক স্থলে পাণ্ডু এবং পিত্তশূলের ইতিবৃত্ত পাওয়ার সম্ভাবনা। প্রসারিত পিত্তস্থলী যকৃতে সংলগ্ন থাকে এবং সহজে সঞ্চালিত হয় সত্য, কিন্তু মূলদেশ যকৃতের নির্দ্দিষ্ট স্থানে আবদ্ধ অনুমিত হয়। অণ্ডাশয় ও জরায়ুর সহিত সংস্রব শূন্য। সঞ্চাপ জন্য

বস্তিগহ্বরে আসিতে পারে, পারে সত্য, কিন্তু তৎসহ যকৃৎও নিম্নে আইসে। পরন্তু নিশ্বাস গ্রহণ সময়ে যকৃৎসহ নিম্নে আইসে।

মেসিন্টিক সিষ্ট, প্যানক্রিয়েটিক সিষ্ট, স্প্লীনিকসিষ্ট এবং ওমেণ্টাল সিষ্টসহ অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের ভ্রম হইতে পারে সত্য, কিন্তু ঐ সমস্ত পীড়া অতি বিরল, তজ্জন্য বিশেষ বিবরণ উল্লেখ করা নিষ্প্রয়োজন। পাঠকগণ অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের লক্ষণসহ কি কি বিভিন্নতা বর্ত্তমান আছে, তাহা মিল করিয়া দেখিলেই পার্থক্য নির্ণয়ে সক্ষম হইবেন।

অণ্ডাশয়ের ক্ষুদ্র অর্ব্বুদের সহিত বস্তিগহ্বরস্থিত পেরিটোনিয়মের নিম্নস্থিত সৌত্রিক অর্ব্বুদ, প্রসারিত ফেলোপিয়ননল, পেরিটোনাইটিস্ ও সেলুলাইটিস্জাতস্রাব, হিমেটোসিল, আত্মিক ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ এবং জরায়ুর বহির্ভাগে গর্ভসঞ্চয়—এই কয়েকটী পীড়ার সহিতভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা। কিন্তু অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের লক্ষণ—গোলাকার, স্থিতিস্থাপক, সহজসঞ্চালনীয়, জরায়ু হইতে পৃথক্—উভয়ে ব্যবধানযুক্ত ইত্যাদি লক্ষণ প্রণিধান করিলে সহজেই স্থির হইতে পারে। পেরিটোনিয়মের নিম্নস্থিত সৌত্রিক অর্ব্বুদের বৃন্ত বৃহৎ হইলে সহজে সঞ্চালিত হয় সত্য,কিন্তু তাহা কঠিন। অণ্ডাশয়ের কোষার্ব্বুদ স্থিতিস্থাপক। জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ সংখ্যায় অধিক। প্রসারিত নলসহ পার্থক্য নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন। নাসাস্থি আবদ্ধ থাকিলে ইহাও অণ্ডাশয়ের কোষার্ব্বুদের অনুরূপ সঞ্চালিত হইতে পারে। কোষার্ব্বুদও কদাচিৎ আবদ্ধ থাকিতে পারে। রস, শোণিত বা পূয়পূর্ণ প্রসারিত নল ডগলাসের পাউচের মধ্যে বা সন্নিকটে এবং উভয় পার্শ্বে বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা, কদাচিৎ এক পার্শ্বেও থাকে, এতৎসহ অল্লাধিক পেরিটোনাইটিসের পরিণাম ফল—আবদ্ধ থাকার সম্ভাবনা। অণ্ডাশয়ের ক্ষুদ্র অর্ব্বুদের অনুরূপ সঞ্চালিত হওয়া অতি বিরল। প্রসারিত নলের বিশেষ আকৃতি—পিণ্ড পরিপূর্ণ পিণ্ডস্থলীর অনুরূপ।

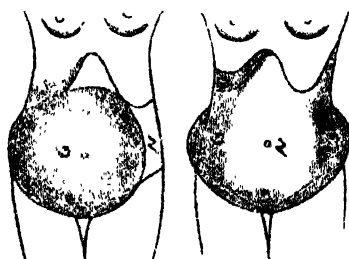
অণ্ডাশয়ের সাধারণ প্রকৃতির বহু কোষবিশিষ্ট বৃহৎ অর্ব্বুদের নিম্নলিখিত কয়েকটী লক্ষণ দৃষ্টে অন্যান্য পীড়া হইতে পার্থক্য নির্ণয় করা সহজ।

১৭০তম চিত্র।

অত্যন্ত মেদবিশিষ্টা স্ত্রীলোকের অণ্ডাশয়ের বৃহৎ পলিসিষ্টিক অর্ব্বুদ। মেদ সঞ্চয় জন্য উদরের উর্দ্ধাংশ অত্যধিক প্রসারিত।

১৭১তম চিত্র।

উদর অত্যন্ত বৃহৎ। নাভির নিম্নের পরিধি সর্ব্বাপেক্ষা বৃহৎ। দৃশ্যে অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ সমন্বিত বলিয়া বোধ হয়, কিন্তু উদর গহ্বরের অভ্যন্তরে অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ কিম্বা তরল পদার্থ নাই।

সন্দর্শন।—উদর-গহ্বর অত্যন্ত স্ফীত, নাভি নিম্ন নহে, ধীরে ধীরে গভীরভাবে নিশ্বাস গ্রহণ করিলে অর্ব্বুদের উর্দ্ধ পার্শ্ব নিম্নে এবং প্রশ্বাস সময়ে তাহা উর্দ্ধে যায়। উদর সমভাবে প্রসারিত নহে; আনুষঙ্গিক কোষ জন্য অসমান—উচ্চনীচ। উদর-প্রাচীর পাতলা হইলেই সমস্ত লক্ষণ পর্য্যবেক্ষিত হইতে পারে। উদর প্রাচীরের বাহ্যস্থ শিরা সমূহ সুস্পষ্ট। উদরত্বক্ বিদারযুক্ত;

পরিমাপ।—নিম্নলিখিত কয়েকটী স্থান মাপ করা কর্ত্তব্য। (১) উদরের সর্ব্বাপেক্ষা বিস্তৃত স্থান, (২) জাইফষ্টার্ণাল সংযোগ হইতে নাভি, (৩) নাভি হইতে পিউবিসের উৰ্দ্ধধার, (৪) নাভি হইতে ইলিয়মের অগ্র উর্দ্ধ স্পাইন, (৫) নাভি হইতে মেরুদণ্ড—এই সমস্ত স্থানের উভয় পার্শ্বের বিভিন্নতা।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদে নাভির ২—৩ ইঞ্চ নিম্নের পরিবেষ্টন মাপ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক। কিন্তু উদরীতে নাভির সন্নিকটের পরিবেষ্টন মাপ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক। স্বাভাবিক অবস্থায় নাভি জাইফোষ্টর্ণাল সন্ধি ও পিউবিসের উৰ্দ্ধাংশ—এই উভয়ের মধ্যস্থলে না থাকিয়া পিউবিসের

১১২ তম চিত্র।—অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের পূর্ণগর্ভ স্থান নির্দ্দেশক।
১। যকৃৎ জন্য পূর্ণগর্ভ।
২। অন্ত্র জন্য শূন্যগর্ভ।
৩। অর্ব্বুদ জন্য পূর্ণগর্ভ।

১১৩ তম চিত্র।—উদরী পীড়ায় পূর্ণগর্ভ স্থান নির্দ্দেশক।
১। যকৃৎ জন্য পূর্ণগর্ভ।
২। অন্ত্র জন্য শূন্যগর্ভ।
৩। উদরীর তরল পদার্থ সঞ্চিত জন্য পূর্ণগর্ভ।

প্রায় এক ইঞ্চ সন্নিকটে অবস্থিত, কিন্তু অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ হইলে উভয়ের মধ্যস্থলে কিম্বা জাইফোষ্টর্ণাল সন্ধির অভিমুখে অধিক স্থানভ্রষ্ট হয়। পরন্তু নাভি হইতে উভয় পার্শ্বের ইলিয়মের অগ্র উর্দ্ধ স্পাইন

সমদূরবর্ত্তী হয় না। কিন্তু স্বাভাবিক অবস্থায় এবং উদরীতে সমান হয়।

অঙ্গুলী সঞ্চালন।—অর্ব্বুদের অস্তিত্ব, তাহার পার্শ্ব ও ঊর্দ্ধ সীমা, বস্তিগহ্বর হইতে অবিচ্ছিন্নতা, অর্ব্বুদের আকার, তরল দ্রব্যের তরঙ্গ এবং উদর প্রাচীর শিথিল থাকিলে নিশ্বাস প্রশ্বাসসহ অর্ব্বুদের গতি ইত্যাদি বিষয় অঙ্গুলী সঞ্চালনে অনুমিত হইতে পারে।

প্রতিঘাত।—উদরের মধ্যাংশে পূর্ণগর্ভ এবং উদরোর্দ্ধ ও পার্শ্বদেশে শূন্যগর্ভ। উদরের সমগ্র নিম্নাংশ পূর্ণগর্ভ। উদরের মধ্যাংশে অবস্থিত যে কোন অর্ব্বুদ—অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ, সগর্ভ জরায়ু, পরিপূর্ণ মূত্রাশয় কিম্বা জরায়ুর বৃহৎ সৌত্রিক অর্ব্বুদ জন্য ঐরূপ পূর্ণগর্ভ শব্দ উত্থিত হইতে পারে। শ্বাস রুদ্ধাবস্থায়, ঊর্দ্ধ হইতে নিম্নাভিমুখে প্রতিঘাত আরম্ভ করিয়া যে স্থানে পূর্ণগর্ভ শব্দ আরম্ভ হয় সেই স্থান নির্দ্দিষ্ট করতঃ যদি রোগিণীকে গভীর শ্বাস গ্রহণ পূর্ব্বক তাহা রোধ করিয়া রাখিতে বলা হয়, তবে নিশ্বাস গ্রহণ সময়ে অর্ব্বুদ নিম্নদিকে স্থানভ্রষ্ট হওয়ায় পূর্ণগর্ভ শব্দোৎপাদক স্থানও নিম্নদিকে স্থানভ্রষ্ট হয় সুতরাং পূর্ব্বে যে স্থান পূর্ণগর্ভ ছিল, সেই স্থান শূন্যগর্ভ হয়।

আকর্ণন।—অর্ব্বুদের সকল স্থানেই অন্ত্রোৎপন্ন গারগ্লিং শব্দ ব্যতীত অপর কোন বিশেষ শব্দ শ্রুত হওয়া যায় না। কখন কখন অন্ত্রাবরক ঝিল্লির স্থানিক প্রদাহ জন্য ক্রাকলিং শব্দ শ্রুত হওয়া যাইতে পারে। অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদে কখন বা জরায়ুর সুফল শব্দের অনুরূপ শব্দ শ্রুত হওয়া যায় কিন্তু জরায়ুর অর্ব্বুদের ন্যায় তাহা তেমন সুস্পষ্ট নহে।

স্থানিক লক্ষণ।—যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে কখন কখন ঈষৎ নীলাভবর্ণ পরিবর্ত্তন লক্ষিত হয়, কিন্তু তাহা পূর্ণ অন্তঃস্বত্ত্বাবস্থার অনুরূপ সুস্পষ্ট নহে। জরায়ু গ্রীবার যোনিস্থিত অংশ কোমল কিম্বা নী[illegible]

বর্ণযুক্ত হয় না। সচরাচর জরায়ু নিম্নাভিমুখে আইসে, তাহার গ্রীবা সহজেই স্পর্শ করা যায়। কখন কখন অর্ব্বুদসহ জরায়ু আবদ্ধ হইলে জরায়ু এতঊর্দ্ধে আকর্ষিত হয় যে, জরায়ুমুখ অঙ্গুলী দ্বারা স্পর্শ করা অসম্ভব হয়। অনেক স্থলে মধ্যাংশ হইতে জরায়ু বাম বা দক্ষিণাংশে ঈষৎ স্থানভ্রষ্ট হয়।

কখন কখন যোনি পরীক্ষায় অর্ব্বুদ অনুভব করা যায় না। কখন বা জরায়ুর পশ্চাতে—ডগলাসের পাউচে কাঠ বাদামের অনুরূপ আয়তন বিশিষ্ট অর্ব্বুদ অনুমিত হইতে পারে। যদি সরলান্ত্র পরিষ্কার থাকে, তবে ইহা বৃহৎ অর্ব্বুদের সংলগ্ন ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ—এমত অনুমান করা যাইতে পারে।

জরায়ুগহ্বরে সাউণ্ড স্বাভাবিক পরিমাণ (২½—৩ ইঞ্চ) প্রবিষ্ট হয়। সম্পূর্ণ জরায়ুঊর্দ্ধে আকর্ষিত এবং কতকাংশ লম্বিত হইলে এতদপেক্ষা অধিক প্রবিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ থাকিলে জরায়ুসহ সাউণ্ড পাশ্চাত্তিক স্থানভ্রষ্ট হওয়া অসম্ভব নহে। এইরূপ স্থলে সরলান্ত্রের অঙ্গুলী পরীক্ষায় জরায়ুর দেহ এবং অর্ব্বুদ এই উভয়ের পরস্পর পার্থক্য অনুমিত হইতে পারে।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ কিম্বা অপর কোন পীড়া? এইরূপ সন্দেহ উপস্থিত হইলে অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ হইলে যে যে লক্ষণ উপস্থিত হয় এবং যে যে লক্ষণ উপস্থিত হয় না, তাহা মিল করিয়া তৎপর যে পীড়ার সন্দেহ হইতেছে, তাহার প্রত্যেক লক্ষণ মিল করিয়া দেখিলেই সন্দেহ ভঞ্জন হইতে পারে। ইহাতেও নিঃসন্দেহ হইতে না পারিলে উদর প্রাচীর কর্ত্তন করিয়া সন্দেহ দূর করিতে হয়, কিন্তু পরীক্ষার্থ তদ্রূপ কর্ত্তন কর্ত্তব্য কি না, তাহাও বিবেচ্য। যদি অর্ব্বুদের প্রকৃতি সম্বন্ধে সন্দেহ থাকে এবং তদ্দারা বিশেষ কোন অনিষ্ট না হয়, তবে অর্ব্বুদ ক্রমে বর্দ্ধিত

হইতেছে কি না, তাহাই অনুসন্ধান-জন্য অপেক্ষা করা বিধেয়। অর্ব্বুদ একই অবস্থায় এবং অকষ্টদায়ক অবস্থায় অবস্থিত হইলে পরীক্ষা জন্য কর্ত্তন না করাই শ্রেয়। কিন্তু ক্রমিক বর্দ্ধনশীল এবং যন্ত্রণাদায়ক হইলে কর্ত্তন করিয়া পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। অর্ব্বুদের প্রকৃতি স্থির হইলে তাহা উচ্ছেদ করিলে আরোগ্য হইবে, অনুমান করতঃ আবশ্যকীয় সর্ব্ব বিষয়ে প্রস্তুত হইয়া তৎপর পরীক্ষার্থ কর্ত্তন পূর্ব্বক সংবিবেচিত হইলে তন্মুহূর্ত্তে অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করিবে। এইরূপ অস্ত্রোপচারের পরিণাম নিঃসন্দেহ শুভ হইবে, রোগিণীকে এমত প্রোৎসাহিতা করিয়া অস্ত্রোপ-চারে সম্মতি গ্রহণ করা অনুচিত। উদর-গহ্বর উন্মুক্ত করিলে কি প্রকাশিত হইবে, তাহা অনিশ্চিত। সুতরাং পরিণাম ফলও তদ্রূপ ব্যক্ত করাই সৎপরামর্শ সিদ্ধ। আমি এইরূপ পরীক্ষার্থ অস্ত্রোপচারের ফলে মৃত্যু হইতে দেখিয়াছি। পরীক্ষার্থে কর্ত্তন মধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া কেবলমাত্র সকল পার্শ্বের গঠন ইত্যাদির সহিত সম্বন্ধ মাত্র অনুসন্ধান করিতে হয়। তদতিরিক্ত কার্য্য করার নাম অসম্পূর্ণ অস্ত্রোপচার। ইহার পরিণাম শোচনীয়। অনভিজ্ঞ চিকিৎসকের পক্ষে তদ্রূপ অস্ত্রোপচার না করাই শ্রেয়।

সংযোগ নির্ণয়।—প্রথম অস্ত্রোপচারকের পক্ষে অস্ত্রোপচার স্থির করার পূর্ব্বেই অর্ব্বুদ দৃঢ় সংযোগ দ্বারা উদর প্রাচীর অন্ত্র, এবং বস্তিগহ্বরস্থিত যন্ত্রাদির সহিত সম্মিলিত কি না, তাহা স্থির করা উচিত। কারণ দৃঢ় সংযোগ দ্বারা সম্মিলিত থাকিলে অস্ত্রোপচার অত্যন্ত কষ্ট সাধ্য; এবং অনেক স্থলে পরিণাম ফল অশুভ হইতে পারে। বস্তি-গহ্বরের নিম্নস্থিত সরলান্ত্র, মূত্রাশয়, জরায়ু বা বৃহৎ শোণিতবহার সহিত দৃঢ় সংযোগ দ্বারা সম্মিলিত থাকিলে জীবিতের দেহে উক্ত যন্ত্র সমূহ অক্ষত রাখিয়া সংযোগ বিযুক্ত করাতো পরের কথা, বরং মৃতদেহেও অসাধ্য বলিলেও অত্যুক্তি হয় না; অথচ অনাবদ্ধ অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা

অতি সহজ সাধ্য এবং তৎপরিণাম কষ্ট প্রায় সর্ব্বদাই শুভ হয়। সুতরাং এই শেষোক্ত অর্ব্বুদ প্রথম অস্ত্রোপচারকের পক্ষে উপযুক্ত।

উদর প্রাচীরসহ অর্ব্বুদ সম্মিলিত কি না, তাহা স্থির করিতে হইলে রোগিণীকে উজ্জ্বল আলোকের সম্মুখে উত্তানভাবে শয়ান করাইয়া উদর অনাবৃত করতঃ উরুদ্বয় সঙ্কুচিত করিয়া রাখিলে, যদি সংযোগ না থাকে, তবে (ক) অর্ব্বুদের ঊর্দ্ধ কিনারা নিশ্বাস-প্রশ্বাসে উত্থিত ও পতিত হয়। (খ) প্রতিঘাতে পূর্ণগর্ভ শব্দের স্থান নিশ্বাস গ্রহণ সময়ে নিম্নে ও নিশ্বাস ত্যাগ সময়ে উর্দ্ধে যায়। (গ) প্রাচীরোপরি হস্ত স্থাপন করিলে করকর শব্দ অনুমিত হয় না ও শ্রুত হওয়া যায় না, কিন্তু অল্প দিবসের প্রদাহজ লসীকা সঞ্চিত থাকিলে উক্ত শব্দ অনুমিত হইতে পারে। (ঘ) উক্ত অবস্থান হইতে কেবলমাত্র কনুইয়ের সাহায্যে উঠিয়া বসিতে চেষ্টা করিলে ক্ষুদ্র, কোমল, অনাবদ্ধ অর্ব্বুদ পশ্চাতে ও পার্শ্বে স্থানভ্রষ্ট এবং ঔদরিক পেশী মধ্যস্থলে উচ্চ আলীর অনুরূপ উত্থিত হইতে পারে। (ঙ) আবদ্ধ অর্ব্বুদসহ নাভি সঞ্চালিত হয়। (চ) কনুই-জানু অবস্থানে যোনপরীক্ষায় বস্তিগহ্বরেআবদ্ধ অর্ব্বুদ অঙ্গুলীসঞ্চাপে স্থান ভ্রষ্ট হয় না এবং জরায়ু আবদ্ধ কিম্বা স্থানভ্রষ্ট অনুমিত হইতে পারে। কিন্তু অর্ব্বুদের সকল অংশ অসম্মিলিত থাকিলেও অবরুদ্ধ থাকিতে পারে। এই অবস্থায় যোনপরীক্ষায় সংযোগ অবগত হওয়া যায় না। (ছ) অন্ত্রাবরক ঝিল্লির পুনঃপুনঃ প্রদাহের ইতিবৃত্ত থাকিলে সংযোগ দ্বারা আবদ্ধ থাকার সম্ভাবনা। নানাবিধ উপায়ে রোগ নির্ণীত হইলেও অনেক স্থলে ভ্রম প্রমাদ লক্ষিত হয়, সুতরাং স্থির মীমাংসায় সমাগত হইতে হইলে ভিন্ন ভিন্ন প্রণালীতে পুনঃপুনঃ পরীক্ষা কর্ত্তব্য। যতই বিলম্ব হউক না কেন, যথাসম্ভব স্থির সিদ্ধান্তে উপনীত না হওয়া পর্য্যন্ত দৃঢ়তার সহিত কোনরূপ অভিমত ব্যক্ত করা অনুচিত।

অণ্ডাশয়িক এক কোষ, বহুকোষ, পারওভেরিয়ান এবং মারাত্মক সিষ্টের পার্থক্য নির্ণায়ক কোষ্ঠক।

এক কৌষিক সিষ্ট।	বহু কৌষিক সিষ্ট।	প্যারওভেরিয়ান সিষ্ট।	মারাত্মক সিষ্ট।
প্রদেশ সমান।	প্রদেশ বিষম এবং অংশবিশিষ্ট।	অত্যল্প বয়সে হয়। অতি বিরল।	সচরাচর ৪০ বৎসরের পর হয়।
সর্ব্বত্র সমভাবে তরল দ্রব্যের তরঙ্গ অনুভবনীয়।	তরল দ্রব্যের তরঙ্গ সীমাবদ্ধ ও বাধা প্রাপ্ত।	তরল দ্রব্যের তরঙ্গ ভাষা ভাষা রকম। অর্ব্বুদ প্রাচীর অত্যন্ত পাতলা।	দ্রুত বর্দ্ধনশীল।
তত দ্রুত বর্দ্ধনশীল নহে। সাধারণ অণ্ডাশয়িক তরল পদার্থ বর্ত্তমান থাকে।	অপেক্ষাকৃত দ্রুত বর্দ্ধনশীল। তরল পদার্থবিবর্ণ, গাঢ়, তন্মধ্যে কখন কখন রক্ত কণিকা থাকে।		অভ্যন্তর কঠিন পদার্থপূর্ণ।
সংযোগ প্রায় থাকে না এবং সাধারণ স্বাস্থ্য শীঘ্র নষ্ট হয় না।	সংযোগ প্রায়ই থাকে। সাধারণ স্বাস্থ্য অপেক্ষাকৃত শীঘ্র ভঙ্গ হয়।	সাধারণ স্বাস্থ্য ভঙ্গ হয় না।	গ্রন্থি আক্রান্ত হয়। শীঘ্রই শরীর ক্ষয় ও বিবর্ণ হয়। বেদনা বর্ত্তমান এবং রাত্রিতে তাহার বৃদ্ধি হয়।
ট্যাপ করিলে সমস্ত তরল পদার্থ বহির্গত হয় এবং পুনর্ব্বার শীঘ্রই তরল পদার্থ পূর্ণ হয়	ট্যাপ করিলে সমস্ত তরল পদার্থ বহির্গত হয় না।	ট্যাপ করিলে পুনর্ব্বার তরল পদার্থ সঞ্চিত হয় না।	উদরীয় তরল পদার্থ কর্ত্তৃক অর্ব্বুদ পরিবেষ্টিত থাকে। আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় তরল পদার্থ মধ্যে বিশেষ কোষ দেখা যায়।

একত্রিংশ অধ্যায়।

অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদ চিকিৎসা।

(Ovarian Tumour—Treatment.)

ওভেরিওটমী অস্ত্রোপচার। (Operation of Ovariotomy.)

অণ্ডাশযের অর্ব্বুদের চিকিৎসা প্রধানতঃ সাধারণ (General), উপশমক (Palliative) এবং অর্ব্বুদ উচ্ছেদ (Removal of cyst)—এই তিন শ্রেণীতে বিভক্ত হইলেও প্রথমোক্ত দুই প্রণালীতে বিশেষ কোন উপকার হয় না। কেবল অনর্থক সময় নষ্ট করায় রোগিণীর সাধারণ স্বাস্থ্যভঙ্গ এবং তজ্জন্য অস্ত্রোপচারের পরিণাম শোচনীয় হয় মাত্র। ইহার কোন বিশেষ ঔষধ নাই। সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতির এবং শক্তি বৃদ্ধির জন্য ঔষধ সেবন করান বিধি। এই উদ্দেশ্যে বলকারক ঔষধ এবং পোষক পথ্য প্রয়োগ করা উচিত। উন্মুক্ত বিশুদ্ধ বায়ু সঞ্চালিত স্থানে অবস্থান, মানসিক প্রফুল্লতা সম্পাদন, কোষ্ঠ পরিষ্কার, প্রস্রাব পরিষ্কার এবং কোন উপসর্গ উপস্থিত হইলে তৎক্ষণাৎ তাহার যথাসম্ভব প্রতিবিধান করিতে হয়।

ট্যাপ করিয়া তরল পদার্থ বহির্গত করিয়া দিলে, সঞ্চাপের লক্ষণ সমূহ অন্তর্হিত হওয়ায় আশু উপশম বোধ হয়, কিন্তু অনেক স্থলেই পরিণাম ফল মন্দ হইতে দেখা যায়। যোনিপথে, উদর প্রাচীরে কিম্বা সরলান্ত্রে ট্যাপ করার প্রণালী এবং তৎসম্বন্ধে সতর্কতার বিষয় পূর্ব্বে উল্লিখিত হইয়াছে। অনেক অভিজ্ঞ চিকিৎসকের মতে নিম্নলিখিত অবস্থায় ট্যাপ করা যাইতে পারে।

১। সহজ এক কোষ বিশিষ্ট অণ্ডাশয়িক বা অণ্ডাশয়ের বহির্দ্দেশের অর্ব্বুদ হইলে প্রথমেই অর্ব্বুদ উচ্ছেদের ন্যায় গুরুতর অস্ত্রোপচারের আশ্রয় গ্রহণ না করিয়া একবার ট্যাপ করিয়া কি ফল হয়, তাহা দেখা যাইতে পারে। কিন্তু বহু কোষবিশিষ্ট কিম্বা উপসর্গ সমন্বিত অর্ব্বুদ হইলে ট্যাপ করা অনুচিত।

২। অস্ত্রোপচার দ্বারা অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করাই স্থির হইয়াছে, কিন্তু রোগিণীর স্বাস্থ্যভঙ্গ হওয়ায় অস্ত্রোপচার করা যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বিবেচিত হইতেছে না। এ অবস্থায় ট্যাপ করিয়া তৎপর স্বাস্থ্য বর্দ্ধন চিকিৎসা করায় রোগিণী সবলা হইলে তৎপর অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা উচিত।

৩। মূত্রে অণ্ডলাল বর্ত্তমান থাকিলেও ট্যাপ করিয়া উপযুক্ত চিকিৎসায় অণ্ডলাল অন্তর্হিত হইলে তৎপর অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করিতে হয়।

৪। কেবল অর্ব্বুদের সঞ্চাপ জন্য যে সমস্ত উপসর্গ উপস্থিত হয়, ট্যাপ করায় তাহা অন্তর্হিত হয়, সুতরাং তৎপর স্বাস্থ্যোন্নতি হইলে অর্ব্বুদ উচ্ছেদ অস্ত্রোপচারের পরিণাম শুভ হইয়া থাকে। অস্ত্রোপচারের ধাক্কায় রোগিণী তত কাতরা হয় না। অর্ব্বুদ উচ্ছেদের কয়েক দিবস পূর্ব্বে এই উদ্দেশ্যে ট্যাপ করা উচিত।

৫। হৃদ্‌পিণ্ড, ফুস্‌ফুস্, মূত্রযন্ত্র ইত্যাদির পীড়ার জন্য অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা বিপজ্জনক বিবেচিত হইলে অথবা রোগিণী অর্ব্বুদউচ্ছেদ অস্ত্রোপচারে অসম্মতা হইলে যন্ত্রণার উপশম জন্য বাধ্য হইয়া ট্যাপ করা ব্যতীত অপর কোন গুরুতর অস্ত্রোপচার করা যাইতে পারে না।

ট্যাপ করিলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ হইয়া সংযোগ ইত্যাদি দ্বারা অর্ব্বুদ আবদ্ধ হয়। সুতরাং উচ্ছেদ করার সময়ে অস্ত্রোপচারের বিলক্ষণ বিঘ্ন হয়। কেবল এই জন্যই ট্যাপ করা নিষেধ, কারণ অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা ব্যতীত তাহার অপর কোন চিকিৎসা নাই। কিন্তু এমতও

অনেক স্থলে দেখা গিয়াছে যে, পুনঃপুনঃ টাপ করা স্বত্বেও সংযোগাদি দ্বারা আবদ্ধ হয় নাই। সুতরাং ট্যাপ করিলেই যে সংযোগ দ্বারা আবদ্ধ হইবে, তাহা বলা যাইতে পারে না। বিশেষতঃ পচন নিবারক প্রণালীতে সাইফোনট্রোকার দ্বারা ট্যাপ করিলে এবং ট্যাপ করার সময়ে অর্ব্বুদের তরল পদার্থ অন্ত্রাবরক ঝিল্লি গহ্বরে ও বায়ু বা পচনোৎপাদক পদার্থ অর্ব্বুদগহ্বরে প্রবেশ না করিতে পারে, তদ্বিষয়ে সতর্ক হইলে ট্যাপ করায় অল্পই অনিষ্ট সম্ভাবনা।

যোনি কিম্বা সরলান্ত্র পথে ট্যাপ করা সহজ হইলেও অনিষ্টাশঙ্কা অধিক। তজ্জন্য ঐ দুই স্থানে ট্যাপ করা উচিত নহে।

ট্যাপ করিয়া টিংচার আইওডিন প্রয়োগ করার প্রথা পরিত্যক্ত হইয়াছে। কেবল ট্যাপ করার পর প্রদাহ উপস্থিত হইলে পচন এবং দুর্গন্ধনাশ জন্য প্রত্যহ দুই বেলা এক ভাগ আইওডিন, দুই ভাগ সাল্‌ফিউরস্ এসিড এবং বিশ ভাগ জল মিশ্রিত করিয়া পিচকারী প্রয়োগ করা হয়। পাইমিয়া ও সেপ্‌টিসিমিয়ার আশঙ্কা হ্রাস করাই ইহার উদ্দেশ্য।

হৃদ্‌পিণ্ড, ফুস্‌ফুস্, পরিপাক ও মূত্রযন্ত্রাদির পীড়া বা পরিবারিক অপর কোন কারণে অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করিতে যত বিলম্ব করা যায়, আরোগ্য লাভেরও তত বিঘ্ন উপস্থিত হয়, সুতরাং অণ্ডাশয়ের কোষার্ব্বুদ স্থির হইলেই অনতিবিলম্বে অস্ত্রোপচার দ্বারা অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা উচিত সত্য, কিন্তু যান্ত্রিক পীড়ার ফলে কিম্বা অপর কারণে অস্ত্রোপচারের ফল মন্দ হইবার আশঙ্কা থাকিলে অস্ত্রোপচার অনুচিত।

ওভেরিওটমী অস্ত্রোপচার।

(Operation of Ovariotomy)

জরায়ু ও তৎসন্নিকটস্থিত গঠনের অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে সাধারণ মন্তব্য এবং একটা পেরিটোনিয়াল হিষ্টেরেকটমী অস্ত্রোপচার বর্ণন

সময়ে যে সমস্ত নিয়ম উল্লিখিত হইয়াছে, ওভেরিওটমী অস্ত্রোপচারের সম্বন্ধেও তৎসমস্ত বিষয় অবলম্বন করিতে হয়। অধিকন্তু ওভেরিওটমী কটারী ক্ল্যাম্প, পেডিকেল ক্ল্যাম্প, ওয়েলস ওভেরিটমী ট্রোকার, ওয়েলস্ ক্ষুদ্র ট্রোকার, বড় অতীক্ষ্ণ সূচিকা, পেডিকেল ফরসেপস্, সিষ্ট ফরসেপস্, এস্পেরিটিং সাকার, সাইফোণট্রোকার এবং আরও কয়েকটী সিষ্ট ফরসেপস্ ওভেরিওটমী অস্ত্রোপচারে আবশ্যক হয়। অর্ব্বুদের মূলদেশে প্রয়োগ জন্য পারক্লোরাইড অফ আয়রণ এবং অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে প্রস্রাব করাণের জন্য ক্যাথিটার আবশ্যক হইতে পারে। বস্তি-গহ্বরের যে কোন অর্ব্বুদ উচ্ছেদ জন্য ঐ সমস্ত দ্রব্য সংগ্রহ করিয়া রাখা আবশ্যক।

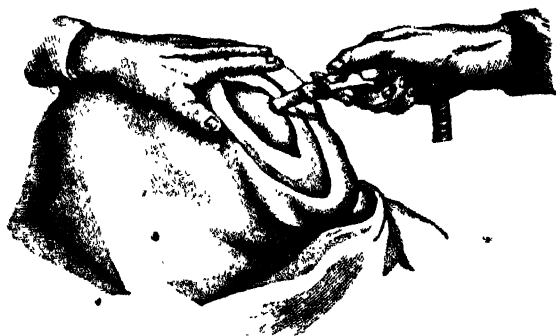
অস্ত্রোপচার।—

১। উদর প্রাচীর কর্ত্তন। ২। শোণিতস্রাব রোধ। ৩। পেরিটোনিয়ম কর্ত্তন। ৪। অর্ব্বুদ দৃষ্ট হইলে পরীক্ষা। ৫। সংযোগ বিমুক্ত। ৬। ট্রোকার বিদ্ধ করিয়া কোষমধ্যস্থিত পদার্থ বহির্গত।

১৭৪তম চিত্র। অর্ব্বুদ প্রাচীর সংযোগাদি দ্বারা আবদ্ধ আছে, কি না? তাহা পরীক্ষা করার প্রণালী।

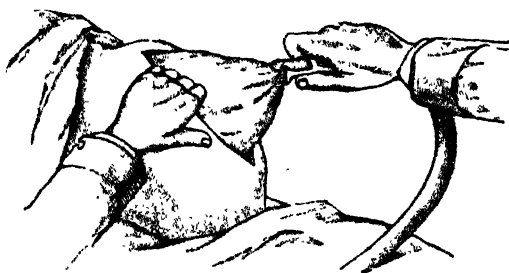
৭। অর্ব্বুদের কোষ আকর্ষণ করতঃ বহির্গত ও সংযোগাদি থাকিলে তাহা বিমুক্ত। ৮। শোণিতস্রাব রোধ। ৯। অর্ব্বুদের মূলবন্ধন।

১০। অর্ব্বুদকোষ উচ্ছেদ। ১১। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি পরিষ্কার। ১২। উদরপ্রাচীরের কর্ত্তন বন্ধ। ১৩। কর্ত্তনে ঔষধ প্রয়োগ এবং পটী বন্ধন। এবং ১৪। পরবর্ত্তী চিকিৎসা। এই কয়েক শ্রেণীতে বিভক্ত। ১ হইতে ৫ ও ৮ এবং ১১ হইতে ১৪ এই কয়েকটী বিষয় হিষ্টেরেকটমী অস্ত্রোপচারে বর্ণিত প্রণালীর অনুরূপ। সুতরাং পুনরুল্লেখ নিষ্প্রয়োজন।

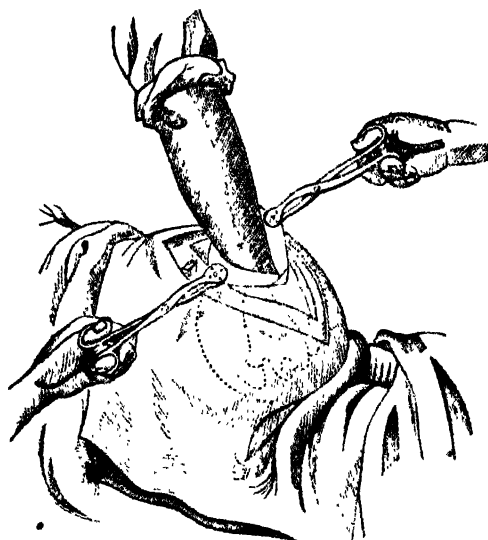
কোষাবৃত অর্ব্বুদ দৃষ্ট হইলে ওয়েলসের ট্রোকার দক্ষিণ হস্তে ধারণ করিয়া তদ্দ্বারা কোষ বিদ্ধ করিলে অর্ব্বুদ মধ্যস্থিত তরল পদার্থ ট্রোকার সংলগ্ন নল মধ্য দিয়া পূর্ব্ব নির্দ্দিষ্ট পাত্র মধ্যে পতিত হয়। ট্রোকারের তীক্ষ্ণ অস্ত্র সংলগ্নে অভ্যন্তরের কোন অংশ আহত হইতে না পারে, এই উদ্দেশ্যে ট্রোকার সংলগ্ন নলের সহিত অপর একটি নল আছে, এই নলের কল এরূপ কৌশলে সংলগ্ন যে, তাহা অঙ্গুষ্ঠ দ্বারা সম্মুখাভিমুখে

১৭৫তম চিত্র। অর্ব্বুদ কোষ মধ্যে টোকার বিদ্ধ করার প্রণালী।

চালিত করিলে তীক্ষ্ণ অস্ত্র আবৃত হয়। তরল পদার্থের কিয়দংশ বহির্গত হইলেই উক্ত কৌশলে ট্রোকারের তীক্ষ্ণ অস্ত্র আবৃত করিবে। তরল পদার্থ বহির্গত হওয়ার সময়ে অর্ব্বুদের কোন অংশ আবদ্ধ দৃষ্ট হইলে স্পঞ্জের সাহায্যে তাহা বিযুক্ত করিয়া দিবে। কোন স্থানের

শোণিত বাহিকা হইতে শোণিত নিঃসৃত হইতে দেখিলে তৎক্ষণাৎ তাহা সূক্ষ্ম পচননিবারক রেশম সূত্র দ্বারা বন্ধন করিবে। কিম্বা সঙ্কাপ ফরসেপস দ্বারা সঙ্কাপিত করিয়া রাখিবে। একাধিক কোষ বিশিষ্ট অর্ব্বুদ হইলে ট্রোকার বহির্গত না করিয়া—কেবল ঘুরাইয়াই দ্বিতীয় বা তৃতীয় কোষের অভ্যন্তরস্থিত প্রাচীর সিদ্ধ করতঃ তরল পদার্থ বহির্গত করা যাইতে পারে।

প্রায় সমস্ত তরল পদার্থ বহির্গত হইলে দন্তযুক্ত দৃঢ় ফরসেপস দ্বারা অর্ব্বুদ কোষ ধারণ করতঃ আকর্ষণ পূর্ব্বক কর্ত্তনের বহির্দ্দেশে আনিতে যত্ন করিবে। সেই সময়ে সংযোগাদি দৃষ্ট হইলে পূর্ব্বোক্ত প্রণালীতে তাহা বিযুক্ত করিয়া তৎপর কোষ আকর্ষণ করিবে। আকর্ষণ সময়ে

১৭৬তম চিত্র। কর্ত্তনমধ্য হইতে অর্ব্বুদ কোষ আকর্ষণ করার প্রণালী।

সংযোগাদি বিযুক্ত করিতে হইলে সহকারী তাঁহার বাম হস্ত দ্বারা উদর-প্রাচীর সঙ্কাপিত করিয়া দক্ষিণ হস্তের মধ্যমাঙ্গুলী কর্ত্তনের মধ্যে প্রবেশ করাইয়া সংযোগ বিযুক্ত করিয়া অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনীর সাহায্যে কর্ত্তনের পার্শ্ব দূরবর্ত্তী করিয়া রাখিতে পারেন। এই সময়ে উষ্ণ প্রশস্ত স্পঞ্জ খণ্ড কর্ত্তনের অভ্যন্তরে প্রবেশ করাইয়া অন্ত্রাদি বহির্গমণের প্রতিবিধান করিতে হয়। বৃহৎ অর্ব্বুদের বহির্গত কোষাংশ অপর একটী পাত্রে ধরা উচিত।

* তরল পদার্থ বহির্গত হইতে হইতে বন্ধ হইলে সহকারী উভয় হস্ত দ্বারা উদরের পার্শ্বদ্বয় সঙ্কাপিত করিয়া রাখিলেই উক্ত পদার্থ বহির্গত হইতে থাকে। তাহাতেও সমস্ত পদার্থ বহির্গত না হইলে কোষের যে স্থানে ট্রোকার বিদ্ধ করা হইয়াছিল, সেই স্থানে প্রশস্ত কর্ত্তন করিয়া কর্ত্তনের অভ্যন্তরে হস্ত প্রবেশ করাইয়া সমস্ত আবদ্ধ কঠিন বা কোমল পদার্থ ভগ্ন করিয়া বহির্গত করতঃ অভ্যন্তর পরিষ্কার করিবে। অর্ব্বুদের অভ্যন্তরস্থিত পদার্থ যাহাতে অন্ত্রে বা অন্ত্রাবরক ঝিল্লিতে

১৭৭তম চিত্র। অর্ব্বুদ গহ্বর মধ্যে হস্ত প্রবেশ করাইয়া তন্মধ্যস্থিত আবদ্ধ পদার্থ বিযুক্ত এবং ভগ্ন করার প্রণালী। কোষের কর্ত্তনের পার্শ্বদ্বয় দুইটী ফরসেপস্ দ্বারা উত্থিত ও পরস্পর দূরবর্ত্তী করিয়া রাখা হইয়াছে।

সংলিপ্ত হইতে না পারে, তৎসম্বন্ধে সতর্ক হওয়া উচিত। কোষের কর্ত্তনের পার্শ্বদ্বয় দুইটী ফরসেপ্‌স দ্বারা ধরিয়া উত্থিত করিয়া রাখিলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লি-গহ্বরে অর্ব্বুদের তরল পদার্থ পতিত হইতে পারে না।

অনেক স্থলেই দৃঢ় সংযোগ দ্বারা ওমেণ্টমের সহিত অর্ব্বুদ প্রাচীর আবদ্ধ থাকে ; এইরূপ স্থলে আবদ্ধ অংশ অনতিস্থূল হইলে সেই স্থান বন্ধন করিয়া অর্ব্বুদ সংলগ্ন পার্শ্বে কর্ত্তন করিয়া বিযুক্ত করিতে হয়। কর্ত্তিত স্থান হইতে শোণিত স্রাব হয় কি না, তাহা পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। আবদ্ধ ওমেণ্টম স্থূল হইলে প্রায়শঃ তন্মধ্যে রন্ধ্র বর্ত্তমান থাকে। সেই রন্ধ্র পথে সূত্র প্রবেশ করাইয়া বন্ধন করার পর কর্ত্তন করিতে হয়। এইরূপে পরপর কয়েক অংশে বন্ধন ও কর্ত্তন করার আবশ্যক হইতে পারে।

অন্ত্রের সহিত আবদ্ধ থাকিলে অতি সাবধানে অঙ্গুলী দ্বারা বিযুক্ত করা উচিত। ইহাতে অকৃতকার্য্য হইলে ছুরিকার সাহায্যে অল্প অল্প অর্ব্বুদ বিধানসহ অন্ত্র বিযুক্ত এবং অন্ত্রের বিযুক্ত স্থান হইতে শোণিত নিঃসৃত হইতে থাকিলে তাহা ফরসেপস দ্বারা ধরিয়া সূক্ষ্ম রেশম সূত্র দ্বারা বন্ধন করিতে হয়।

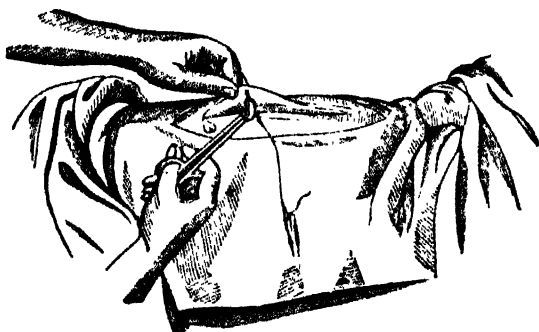
বস্তিগহ্বরের মধ্যে কোন স্থানে আবদ্ধ থাকিলে অর্ব্বুদ আকর্ষণ এবং তৎসঙ্গে সঙ্গে অঙ্গুলীর সঞ্চাপে সংযোগ বিযুক্ত করিতে হয়। এই কার্য্য অত্যন্ত কষ্টসাধ্য। অত্যন্ত সাবধান হইয়া অবস্থানুসারে কর্ত্তব্য স্থির করিতে হয়।

অর্ব্বুদ আকর্ষণ ও পেডিকেল ফরসেপস্ দ্বারা ধারণ করিয়া তাহার মূলদেশে অতীক্ষ্ণাস্ত্র পেডিকেল নিডল বিদ্ধ করিয়া দোহারা ওভেরিটমী সিল্ক লিগেচার প্রবেশ করাইয়া বন্ধন করিতে হয়। সূচিকা প্রবেশ করানের সময়ে কোন শোণিত বাহিকা বিদ্ধ না হয়, তৎপক্ষে দৃষ্টি রাখা আবশ্যক। ফেলোপিয়ন নল, অণ্ডাশয়ের বন্ধনী, অন্ত্রাবরক ঝিল্লি-স্তর, শোণিত বাহিকা এবং কৌষিক বিধান অর্ব্বুদমূলসমন্বিত। নল ও বন্ধনী মধ্যস্থিত অংশ সর্ব্বাপেক্ষা পাতলা। সূত্রের ফাঁস অঙ্গুলী দ্বারা ধরিয়া রাখিয়া সূচিকা বহির্গত ও ফাঁসের এমন স্থানে কর্ত্তন করিবে যে,

উভয় সূত্রখণ্ড সমদীর্ঘ হয়। তৎপর এক সূত্রের উপরে অপর সূত্র ঘুরাইয়া লইয়া পৃথক পৃথক ভাবে দুই পার্শ্বে দুইটি বিষগিরা দিয়া বন্ধন করিলে মূলাংশ দুই ভাগে বাঁধা পড়িবে। এক সূত্রের সহিত অপর সূত্রখণ্ড জড়িত না হইয়া পরস্পর পৃথক থাকিলে গ্রন্থি বন্ধনের পর তাহা শিথিল হইয়া স্খলিত হওয়ার সম্ভাবনা। তজ্জন্য উভয় সূত্র জড়িত হইল কি,না, তাহা বিশেষরূপে পরীক্ষা করিয়া তৎপর গ্রন্থি বন্ধন করা উচিত। অবস্থানুসারে অন্যান্য প্রণালীতে মূল বন্ধন করার বিষয় পূর্ব্বে উল্লিখিত হইয়াছে। মূলবন্ধন করা হইলে বন্ধনের সন্নিকটস্থিত সঞ্চাপ ফরসেপ্‌স ধারণ করিয়া উত্থিত করতঃ বন্ধন হইতে এত ব্যবধানে—করসেপসের বন্ধন সংলগ্ন পার্শ্বের অপর পার্শ্বে কর্ত্তন করিয়া অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করিবে যে, বন্ধন শিথিল হইয়া স্খলিত হইতে না পারে। অর্ব্বুদ উচ্ছেদিত হইলে কর্ত্তিত স্থান হইতে শোণিত স্রাব হইতেছে, কি না, তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখিবে। শোণিত স্রাব না হইলে ফরসেপ্‌স উন্মুক্ত করতঃ মূলদেশ বস্তিগহ্বরে স্থাপন করিবে।

অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করার পর অপর পার্শ্বের অণ্ডাশয় আকর্ষণ করিয়া কর্ত্তনের সন্নিকটে আনয়ন করতঃ পরীক্ষা করিয়া যদি পীড়িত বোধ হয়, তবে তাহাও উচ্ছেদ করিবে। রোগিণীর বয়স ৪৫ বৎসরের অধিক হইলে, কিম্বা প্যাপিলোমা, কি মারাত্মক অর্ব্বুদ হইলে অপর পার্শ্বের অণ্ডাশয় সুস্থ থাকিলেও তাহা উচ্ছেদ করা আবশ্যক।

পেরিটোনিয়ম অনাহতাবস্থায় রক্ষা করিবার জন্য যত্ন করা অস্ত্রোপচারের একটী প্রধান বিষয়। সংযোগ বিযুক্ত, অর্ব্বুদ বহির্গত এবং বন্ধন সময়ে পেরিটোনিয়ম যত অনাহত থাকে, অস্ত্রোপচারের পরিণাম তত শুভ হওয়ার সম্ভাবনা। কর্ত্তনের মধ্য দিয়া অন্ত্র বহির্ম্মুখ হইলে স্পঞ্জ দ্বারা সঞ্চাপিত করতঃ আবৃত করিয়া রাখিতে হয়। উদরাভ্যন্তরে হস্ত সঞ্চালন সময়েও যাহাতে পেরিটোনিয়ম আহত না হয়, তৎপ্রতি

সতর্ক হইয়া কার্য্য করা উচিত। অভ্যন্তরে রক্ষা করিতে অকৃতকার্য্য হইলে বহির্গত অংশ পচননিবারক উষ্ণ স্পঞ্জ ও বস্ত্র দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিবে।

১৭৮তম চিত্র। অন্ত্রাবরক ঝিল্লি সেলাই করার প্রণালী।

অর্ব্বুদমূল যথাস্থানে সংস্থাপিত হইলে বিশুদ্ধ উষ্ণ জল সিক্ত স্পঞ্জ দ্বারা রক্তরসাদি সমস্ত তরল পদার্থ শুষ্ক করিয়া উদরগহ্বর পরিষ্কার করা আবশ্যক। সংযত রক্ত ও রসাদি কোন পদার্থই যেন উদর-গহ্বর মধ্যে না থাকিতে পারে, তৎসম্বন্ধে বিশেষ সাবধান হইতে হয়। ইহাই উৎকৃষ্ট প্রণালী।

অধিক শোণিত স্রাবের আশঙ্কা, কিম্বা অন্ত্রাবরক ঝিল্লিসহপূয, মল, ডায়মইড, প্যাপিলোমেটাস, উত্তেজক কিম্বা সংক্রামক দূষিত পদার্থ সংলিপ্ত হইয়াছে,—এমত সন্দেহ দৃঢ় হইলে পচননিবারক ১০৬—১২০F. উত্তপ্ত জল দ্বারা পরিষ্কার করিয়া ধৌত করা আবশ্যক। এইরূপ উষ্ণজল শোণিতস্রাবরোধকরূপেও কার্য্য করে। ধৌত করার পর স্পঞ্জ দ্বারা জল বহির্গত করিতে না পারিলে পিচকারী দ্বারা আকর্ষণ করিয়া জল বহির্গত করিতে হয়। বস্তিগহ্বরের অভ্যন্তরাংশ উত্তমরূপে দৃষ্ট না হইলে দর্পণের সাহায্যে আলোক প্রতিফলিত করিয়া

পরীক্ষা করা উচিত। এইরূপ স্থলে কর্ত্তন বন্ধ করার পূর্ব্বে কেন্তের বা টেটের ড্রেনেজ টিউব সংস্থাপন করিয়া পটী বাঁধার পর নলের মুখের স্থানে রবারের এক খণ্ড পাতলা চাদরে ছিদ্র করিয়া তদ্দ্বারা আবৃত করিয়া রাখা আবশ্যক। বস্তিদেশ সমতলে রাখিয়া বস্তি-গহ্বর ধৌত করা আবশ্যক, উচ্চাবস্থায় রাখিয়া ধৌত করিলে ধৌত পদার্থ ডায়ফ্রামের অভিমুখে চালিত হওয়ায় অনিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। স্পঞ্জ দ্বারা পরিষ্কার করা সম্ভব হইলে ধৌত করা অনুচিত।

পরিষ্কার এবং শুষ্ক করার পর প্রশস্ত স্পঞ্জ দ্বারা অন্ত্র আবৃত করতঃ সিসিওটমী অস্ত্রোপচারে বর্ণিত প্রণালী ক্রমে পেরিটোনিয়ম, ফেসিয়া ও উদর প্রাচীর এবং ত্বক্ ইত্যাদি পর পর চারিশ্রেণী সেলাই দ্বারা বন্ধ করিয়া গজাদি স্থাপন এবং পটী বন্ধন করিবে। সমস্ত উদর-প্রাচীর ভেদ করিয়া সূত্র প্রবেশ করানের পরেই উদর গহ্বর মধ্যস্থিত স্পঞ্জ বহির্গত এবং তাহার সংখ্যা মিলাইয়া তৎপর অপরতিন সেলাই করিতে হয়।

পটী বন্ধনের পর রোগিণীকে শয্যায় শয়ান করাইয়া শুশ্রূষার জন্য বুদ্ধিমতী পরিচারীকা নিযুক্ত করিবে। ইহারা নলদ্বারা প্রস্রাব করাইতে এবং মলদ্বারে উপযুক্ত পথ্য প্রয়োগ করিতে পারে, এনত শিক্ষিতা হওয়া আবশ্যক। রোগিণীর প্রকোষ্ঠ মধ্যে অপর কাহাকেও প্রবেশ করিতে দেওয়া অনুচিত। অত্যন্ত অধৈর্য্য হইলে অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে মর্ফিয়া এবং নিদ্রার জন্য রজনীতে পটাশ ব্রোমাইড প্রয়োগ করা আবশ্যক। ছয় ঘণ্টা পর পর প্রস্রাব করাইতে হয়। সহসা অহিফেন প্রয়োগ বিধেয় নহে। পাকস্থলী শূন্য থাকিলে প্রথম ২৪ ঘণ্টায় অল্পই বমন হয়। ঐ সময়ে মধ্যে মধ্যে উষ্ণ জল পান করাইলেও উপকার হইতে পারে। বান্ত পদার্থ পীতবর্ণ হইলে উক্ত জলসহ আউন্স করা দশ গ্রেণ বাইকার্ব্বনেট অফ সোডা মিশ্রিত করা উচিত।

মুখ মধ্যে উষ্ণ জল লইলে পিপাসার নিবৃত্তি হয়। বরফ খণ্ড চুষিলেও বমন বন্ধ হইতে পারে। বিসমথ মর্ফিয়া মিশ্রও বমন নিবারক। প্রথমে তরল পথ্য—দুগ্ধ, বার্লীর জল, মণ্ড, মাংসের ঝোল প্রভৃতি মলদ্বার পথে প্রয়োগ করিতে হয়। উষ্ণ জল পান করিলে উদরাধ্মান নিবারিত হয়। এক ঘণ্টা পর পর এক ড্রাম মাত্রায় ৩।৪ মাত্রা সালফেট অফ ম্যাগনেসিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে। প্রথম তিন দিবস এই সকল উপসর্গ প্রবল থাকে। তৎপর ক্রমে হ্রাস হইয়া সপ্তাহ পর আর কোন বিশেষ উপসর্গ বর্ত্তমান থাকে না। তৎপর কর্ত্তনের সেলাইয়ের সূত্র দূরীভূত এবং সাধারণ পথ্য প্রয়োগ করা যাইতে পারে। কিন্তু সূচিবিদ্ধ স্থানে পূয়োৎপত্তি হইলে উহার পূর্ব্বেই সূত্র কর্ত্তন করা বিধেয়। সেলাই কর্ত্তন করার পর এটিসিব প্ল্যাষ্টার দ্বারা উদর প্রাচীর পরিবেষ্টিত করিয়া রাখা উচিত। ডগলাসের পাউচে স্রাব সঞ্চিত আছে—এমত সন্দেহ করিলে যোনিপথে পরীক্ষা করিয়া যোনির ছাদের পশ্চাদংশে—উর্দ্ধাভিমুখে বিদ্ধ করিয়া ড্রেনেজ টিউব সংস্থাপন করা উচিত।

উপসর্গ। অস্ত্রোপচারের ধাক্কা। শোণিতস্রাব—সংযোগ বিযুক্ত করার স্থান হইতে কিম্বা বন্ধন শিথিল হওয়ায় কর্ত্তিত মূল হইতে শোণিত স্রাব হইতে পারে; অত্যন্ত শোণিত স্রাব হইলে মৃত্যু হওয়ার সম্ভাবনা; আভ্যন্তরিক শোণিত স্রাবের লক্ষণ উপস্থিত হয়; তদ্দৃষ্টে উদর-গহ্বর উন্মুক্ত করিয়া শোণিত স্রাব বন্ধ করতঃ পুনর্ব্বার কর্ত্তন বন্ধ করিতে হয়; এইরূপ ঘটনা প্রথম ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই হওয়ার সম্ভাবনা। পেরিটোনাইটিস। সংযোগ দ্বারা আবদ্ধ। অন্ত্রাবরোধ। ধনুষ্টঙ্কার। পালমনোরি এম্বোলিজম। উদর-গহ্বর মধ্যে বাহ্য বস্তু—স্পঞ্জ ইত্যাদি। শোষ ঘা। মূত্রাশয় এবং কর্ণমূল প্রদাহ—কর্ণমূল গ্রন্থির সহিত জননেন্দ্রিয়ের বিশেষ কি সম্বন্ধ, তাহা আমরা অবগত

নহি, কিন্তু উক্ত যন্ত্রের আঘাত বা পীড়ায় কর্ণমূল গ্রন্থির পীড়া হইতে দেখি ; মুকপ্রদাহে উক্ত গ্রন্থি প্রদাহিত হয় ; অণ্ডাশয় উচ্ছেদ অস্ত্রোপচারে অনেক স্থলে উক্ত গ্রন্থিতে প্রদাহ এবং পূয়োৎপত্তি হইতে দেখা যায়।

অপরাপর বিষয় সিলিওহিষ্টেরেকটমী অস্ত্রোপচারের অনুরূপ।

দ্বাত্রিংশ অধ্যায়।

যোনি-পীড়া।

(Affection of the Vagina.)

ভেজাইনিসমাস।

(Vaginismus.)

ভেজাইনিসমাস একটী পীড়া নহে। কয়েকটী পীড়ার লক্ষণমাত্র। কিন্তু উহা পীড়া নামেই উক্ত হইয়া আসিতেছে। যোনি এবং যোনি মুখের—এই উভয় স্থানের পীড়া কিম্বা বিকৃত গঠন জন্যই ভেজাইনিসমাস উপস্থিত হইতে পারে। পীড়ার জন্য স্নায়বীয় চৈতন্যাধিক্য হওয়ায় উক্ত স্থান সঞ্চালিত হইলে বেদনা এবং আক্ষেপ উপস্থিত হইয়া থাকে। স্পর্শে বা সঙ্গম সময়ে অত্যন্ত বেদনা হয়। বাল্বো-কেভারনোসাই এবং লিভেটার এনাই পেশীর আক্ষেপ উপস্থিত হওয়ার জন্যই যন্ত্রণা উপস্থিত হয়। উক্ত দুইটী পেশী ব্যতীত উরু এবং নিতম্ব দেশের কোন কোন পেশী আক্ষিপ্ত হইতে পারে। লিভেটার এনাই পেশীর প্রবল আক্ষেপ উপস্থিত হইলে যোনিদ্বার দৃঢ় সঙ্কুচিত হয়। ইহা ল্যারিঞ্জিসমাস্ পীড়ার লেরিংক্স আক্ষিপ্ত হওয়ার অনুরূপ। স্নায়বীয় উত্তেজনার ফলে রক্তাধিক্য হওয়ায় স্থানিক অপকর্ষতা হওয়া

অসম্ভব নহে। বিবাহের পূর্ব্বে স্থির হয় না। এতদ্দেশে এই পীড়া অতি বিরল। সুতরাং বিস্তৃত বিবরণ উল্লেখ করা নিষ্প্রয়োজন।

কারণ।—হিষ্টিরিয়া, যোনিদ্বারের সামান্য ক্ষত ও বিদারণ, যোনি ও শিশ্নের আয়তনের বৈষম্য, মূত্রনালীর মুখস্থিত ক্যারঙ্কল, যোনি ও জরায়ু-গহ্বরের পুরাতন প্রদাহ, অস্বাভাবিক মৈথুন, অসম্পূর্ণ সঙ্গম, কক্সিডিনিয়া, জরায়ুর পীড়া এবং উত্তেজক স্রাব, অল্পরজঃ বা রজঃকৃচ্ছ্রতা, এবং জরায়ু গ্রীবার প্রদাহ ইত্যাদি বিবিধ কারণে সঙ্গম সময়ে অত্যন্ত স্নায়বীয় উত্তেজনা, আক্ষেপ এবং যন্ত্রণা হইতে পারে।

পুরুষের ধ্বজভঙ্গ পীড়া বা সঙ্গম শক্তির ক্ষীণতার জন্য কিম্বা স্ত্রীলোকের গর্ভসঞ্চার প্রতিরোধ করে অস্বাভাবিকোপায় অবলম্বিত হওয়ার ফলে অসম্পূর্ণ সঙ্গম জন্য এই পীড়া হইতে পারে।

যোনিমুখ ও ক্লাইটোরিসের বিকৃত গঠন ও অর্ব্বুদ জন্যও ভেজাইনিসমাস হইতে দেখা গিয়াছে।

লক্ষণ।—যোনিমুখের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি স্পর্শ করিলেই বেদনা এবং আক্ষেপ উপস্থিত হয়। এই অবস্থায় অঙ্গুলীদ্বারা পরীক্ষা অসম্ভব। সঙ্গমে প্রথমে বেদনা ও শেষে অসহ্য এবং সঙ্গম সুখের অভাব হয়।

অঙ্গুলী দ্বারা যোনিদ্বার পরীক্ষা করিলে কোন এক নির্দ্দিষ্ট স্থানের বেদনা এবং তাহাই যে সঙ্গম কষ্টের কারণ, তাহা স্থির হইতে পারে। হাইমেনের পার্শ্ব বিবর্দ্ধিত থাকা অসম্ভব নহে। এইরূপে ফিসার বা ক্যারঙ্কল প্রভৃতিরও অনুসন্ধান করা যাইতে পারে। যোনিদ্বারের আশেপাশে কোন কারণ বর্ত্তমান না থাকিলে মলদ্বার অনুসন্ধান করিলে তথায় ক্ষতাদি—উত্তেজনার কারণ বর্ত্তমান থাকার সম্ভব। অত্যধিক সঙ্গমজনিত উত্তেজনার ফলে যেমন অর্শঃ হয়, তদ্রূপ অর্শের উত্তেজনার ফলও যোনিতে প্রতিফলিত হইয়া অস্ত্র পীড়া উৎপন্ন করে। স্থানিক পরীক্ষা এবং ইতিবৃত্ত অনুসন্ধান করিয়া রোগ স্থির করিতে হয়।

চিকিৎসা।—সার্ব্বাঙ্গিক এবং স্থানিক, এই দুই শ্রেণীতে বিভক্ত। সঙ্গম পরিবর্জ্জন, বায়ু পরিবর্ত্তন এবং সমুদ্র জলে স্নান উপকারী। বলকারক, ব্রোমাইডসহ ভেলেরিয়ানা, এবং ব্রোমাইডসহ ভেলেরিয়েনেট অফ্ জিঙ্ক উপকারী। সমস্ত উত্তেজনার কারণ পরিবর্জ্জন বিধেয়। পারক্লোরাইড অফ্ মার্কারী (১-৫০০০), লডেনম (ʒi—oi), ক্লোরাল (ʒss—oi), লাইকর প্লম্বাই সব এসিটেটিস্ (ʒi—oii), কিম্বা টিংচার ক্যালাণ্ডিউলা (℥ss—℥x), ধৌতরূপে ; কোকেন grii, মর্ফিয়া gri, বেলেডোনার সার grii, আইওডোফরম grv, হায়সায়মাসের সারgrx, ইহার কোন একটী সপোজিটরীরূপে ; কোকেন (শতকরা ২½ অংশ), বেলেডোনা (ʒss—℥ii), মর্ফিয়া (grv—℥i), এট্রোপিয়া (grii—℥i) আইওডোফরম (grxx—ʒiv), ইহার কোন একটী মলমরূপে স্থানিক প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

রজনীতে ভেজাইন্যাল ডাইলেটার সংস্থাপন করিয়া শয়ন করা উচিত। ঔষধ সহ গ্লিসিরিণ ট্যাম্পন প্রয়োগ করিলেও উপকার হয়। উত্তেজিত স্থানে কোকেন, কার্ব্বলিক এসিড, নাইট্রেট অফ্ সিলভার প্রভৃতির দ্রব প্রয়োগ উপকারী। অনুসন্ধান পূর্ব্বক পীড়ার মূল কারণ স্থির এবং তাহা দূরীভূত করিলেই পীড়া আরোগ্য হইতে পারে। সঙ্গমকষ্ট হ্রাস করার জন্য তিন গ্রেণ কোকেন সপোজিটোরীরূপে প্রয়োগ করিলে উদ্দেশ্য সিদ্ধ হওয়ার সম্ভাবনা। কিন্তু কোন কোন স্থলে উক্ত মাত্রায় বিষাক্ততার লক্ষণ উপস্থিত হয়, অথচ অল্প মাত্রায় উদ্দেশ্যসিদ্ধ হয় না।

হাইমেনের পার্শ্ব কর্ত্তন করিয়া উচ্ছেদ করা যাইতে পারে। যোনি-দ্বার প্রসারিত করিতে হইলে রোগিণীকে অচৈতন্য করিয়া উত্তানভাবে স্থাপন করতঃ ছুরিকা দ্বারা যোনিদ্বারের নিম্নাংশ হইতে নিম্ন ও অগ্র বাহ্যাভিমুখে দুই পার্শ্বে দুইটী—দুই ইঞ্চ কিম্বা আবশ্যকানুযায়ী দীর্ঘ কর্ত্তন

করিয়া কর্ত্তনের মধ্যস্থিত ত্বক্ দূরীভূত করিলে দীর্ঘ চতুষ্কোণ কর্ত্তিত প্রদেশ বহির্গত হইবে। পরিশেষে উর্দ্ধাধঃ কিনারাদ্বয় সেলাই দ্বারা সম্মিলিত করিয়া দিলেই যোনিদ্বার প্রশস্ত হইতে পারে।

যোনি প্রদাহ।

(ভেজাইনাইটিস্ Vaginitis.)

শ্রেণী বিভাগ।

তরুণ এবং পুরাতন।

সাধারণ (Simple)

কৌষিক (Cystic)

দানাময় (Granular)

প্রমেহজ (Gonorrhæal)

ডিফ্‌থিরিটিক (Diphtheritic)

প্রদাহ প্রধান। এতদ্ব্যতীত আরও কয়েক শ্রেণীর প্রদাহ হইতে দেখা যায়। তৎসম্বন্ধে যথোপযুক্তস্থলে উল্লিখিত হইবে।

যোনির সাধারণ তরুণ প্রদাহ।

(Simple Acute Vaginitis.)

কারণ।—সার্ব্বাঙ্গিক ও স্থানিক এবং সাক্ষাৎ ও গৌণ কারণবশতঃ যোনিপ্রদাহ হইতে পারে। ব্যাপক, জরায়ু, মূত্রাশয় ইত্যাদির কারণ গৌণ কারণ মধ্যে পরিগণিত। সাক্ষাৎ কারণের মধ্যে শৈত্যসেবা, আঘাত, প্রবলসঙ্গম, পেশারী, দাহক ও উত্তেজক এবং বাহ্য বস্তু প্রভৃতির প্রয়োগ প্রধান।

বৈধানিক পরিবর্ত্তন।—যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহে রক্তাধিক্য, স্ফীততা ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়। প্রথম স্রাব রোধ এবং পরে

স্রাবাধিক্য হইয়া থাকে। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ইপিথিলিয়ম স্খলিত ও শ্লেষ্মা মিশ্রিত পূয় স্রাব হয়। সঞ্চিত উগ্র স্রাবের উত্তেজনার ফলে ক্ষত হইতে পারে।

মেম্ব্রেনাস ভেজাইনাইটিস (Membranous Vaginitis)—রোগিণীর যদি সাধারণ স্বাস্থ্যমন্দ থাকে ও জরায়ুনিঃসৃত স্রাব যোনিতে সঞ্চিত হইয়া উত্তেজনা উপস্থিত করার ফলে যদি যোনির প্রদাহ উপস্থিত হয়, তবে যোনির ইপিথিলিয়ম বিগলিত এবং ঝিল্লিস্তরের অনুরূপ প্রকৃতিতে পর্দ্দা পর্দ্দা স্রাব নিঃসৃত হয়। দাহক ঔষধ প্রয়োগের ফলে প্রদাহ হইলেও ঐরূপ ঝিল্লি নিঃসৃত হইতে পারে। এই ঝিল্লি শুভ্র ধূসর বর্ণ বিশিষ্ট, উভয় পার্শ্বই পরিষ্কার, আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় পেভমেণ্ট ইপিথিলিয়ম দৃষ্ট হয়। বৃহৎ বা ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র খণ্ড নির্গত হইতে পারে। একত্রে সমস্ত ঝিল্লি নির্গত হইলে যোনির ছাঁচের অনুরূপ দেখায়। ইহা অতি বিরল।

এডেসিব ভেজাইনাইটিস্ (Adhesive vaginitis)—প্রদাহ জন্য পরিশেষে যোনিগহ্বর আবদ্ধ হইয়া গেলে উক্ত নামে অভিহিত হয়। ইহাও অতি বিরল।

পেইনফুল ভেজাইনাইটিস্ (Painful vaginitis)—যোনি প্রদাহে সাধারণতঃ সামান্য বেদনা থাকে। কিন্তু এই প্রকৃতির পীড়ায় বেদনা অত্যন্ত প্রবল হয়। যোনি অত্যন্ত স্ফীত ও বেদনাযুক্ত এবং অত্যন্ত সঙ্গম কষ্ট উপস্থিত হয়। বেদনা কখন বা অল্প এবং কখন বা অত্যন্ত প্রবল হয়। অধিক স্ফীত হইলে যোনিদ্বার অবরুদ্ধ হইতে পারে। স্রাব অধিক হইলেই যন্ত্রণা অধিক এবং অল্প হইলেই যন্ত্রণাও অল্প হইয়া থাকে।

পুরুলেণ্ট ভেজাইনাইটিস্ (Purulent vaginitis) অর্থাৎ পূয়স্রাবিক যোনি প্রদাহ।—সাধারণ প্রদাহে যে পরিমাণে পূয়

নিঃসৃত হয়, এই প্রকৃতির প্রদাহে তদপেক্ষা অধিক পরিমাণে পূয় নিঃসৃত হইয়া থাকে। স্পেকুলম প্রবেশ করাইলে তন্মধ্যে অধিক পরিমাণে পূয় প্রবিষ্ট হয়। স্পেকুলমের বহির্ম্মুখ হইতে পূয় নির্গত হইতে থাকে। এই অবস্থা দৃষ্টে সহসা এরূপ ধারণা জন্মিতে পারে যে, কোন স্থানের স্ফোটক গহ্বর বিদীর্ণ হওয়াতেই এত অধিক পূয় বহির্গত হইতেছে; বাস্তবিকপক্ষে কিন্তু তাহা নহে। ঐরূপ পূয় নির্গত হওয়াই এইরূপ প্রদাহের বিশেষ লক্ষণ। প্রমেহজাত যোনিপ্রদাহের সহিতও ভ্রম হইতে পারে; কিন্তু প্রমেহ পীড়ার জন্য প্রদাহ হইলে কতকদিবস পরেই স্রাবের পরিমাণ হ্রাস হয়, কিন্তু এই পীড়ায় বহুকাল যথেষ্ট স্রাব হয়। পরন্তু ইতিবৃত্ত এবং পরীক্ষায় প্রমেহের কোন বিবরণ অবগত হওয়া যায় না। যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি লাল, দানাময় বা মকমলবৎ হইতে পারে।

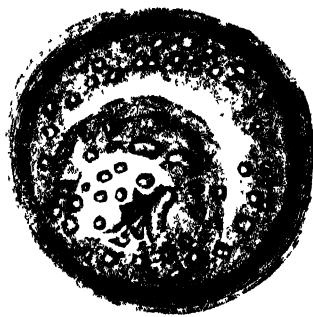
যোনির তরুণ প্রদাহের লক্ষণ।—প্রথমে যোনির অভ্যন্তরে উত্তাপ ও জ্বালা এবং পুনঃ পুনঃ প্রস্রাব করার ইচ্ছা হয়। তৎপর পূয় মিশ্রিত শ্লেষ্মা নির্গত হইতে থাকে। কখন কখন স্রাবে দুর্গন্ধ হয়। বিটপ-দেশে দপ্‌দপানী বেদনা, যোনি ও বস্তিগহ্বরে বেদনা, এবং প্রস্রাব করার সময়ে অত্যন্ত জ্বালা হইতে পারে। পুরাতন প্রদাহের স্রাব অম্লাক্ত, এতৎসহ শুক্র সম্মিলিত হইলে জীবাণুর জীবনীশক্তি বিনষ্ট হওয়ায় স্ত্রীলোক বন্ধ্যা হইতে পারে। আট হইতে দশদিবসের মধ্যে পীড়ার পূর্ণ বৃদ্ধি হয়।

যোনির দানাময় প্রদাহ।

(Granular vaginitis গ্র্যানুলার ভেজাইনাইটিস)

তরুণ প্রদাহের পর যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে দানাময় গঠন উৎপন্ন হইলে এই প্রকৃতির প্রদাহ হয়। দানা সমূহ হামের দানার অনুরূপ

বিচ্ছিন্ন ভাবে অবস্থিত, কখন কখন দুই তিনটী দানা একত্রে সম্মিলিত হওয়ায় অপেক্ষাকৃত বৃহৎ হইতে পারে। অঙ্গুলী দ্বারা সঞ্চাপিত করিলে অভ্যন্তরে ছিটাগুলীর অনুরূপ পদার্থ নিহিত আছে—এমত বোধ হয়। পার্শ্ববর্ত্তী শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির বর্ণ অপেক্ষা দানার বর্ণ অধিকতর লাল। এই সমস্ত দানাময় গঠন প্রদাহিত গ্রন্থি নহে এবং এতন্মধ্যে গহ্বর নাই। অন্তঃস্বত্ত্বাবস্থায় এবং প্রমেহ পীড়া হইলে এই প্রকৃতির প্রদাহ হইতে পারে। সন্তান হওয়ার বয়সভিন্ন অন্য বয়সে হয় না। এই প্রদাহ পুরাতন প্রকৃতি বিশিষ্ট, সন্তান হওয়া শেষ হইলেই আপনা হইতেই আরোগ্য হওয়ার সম্ভাবনা।

যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দানা সমন্বিত হওয়ায় স্ফীত, উচ্চনীচ, বিদার যুক্ত এবং আরক্তবর্ণ দেখায়। দানা সমূহ যোনির সমস্ত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে বিচ্ছিন্ন ভাবে—এমন কি জরায়ুগ্রীবার যোনিস্থিত অংশের

১৭৯তম চিত্র।—দানাময় যোনি প্রদাহে যোনি প্রাচীরের দৃশ্য।

১৮০তম চিত্র।—দানাময় প্রদাহে জরায়ু গ্রীবার যোনিস্থিত অংশের দৃশ্য। (প্রমেহজ)

বাহ্যদেশে উৎপন্ন হইয়া থাকে। পীড়িত স্থান তুলা দ্বারা পরিষ্কার করার জন্য ঘর্ষণ করিলে দানা হইতে শোণিত নিঃসৃত হওয়ার সম্ভাবনা।

এই প্রকৃতির প্রদাহজ স্রাব পীতাভ বা সবুজ বর্ণ বিশিষ্ট, যথেষ্ট স্রাব হয়, এই স্রাব অত্যন্ত উগ্র—যোনিদ্বারে সংলগ্ন হওয়ায় অত্যন্ত উত্তেজনা উপস্থিত হয়। রজনীতে নিদ্রা হয় না।

পষ্টিউলার ভেজাইনাইটিস্ (Pustular vaginitis) অর্থাৎ পূয় বটিকা যুক্ত যোনি প্রদাহ।—প্রদাহ জন্য পূর্ব্বোক্ত প্রদাহের অনুরূপ দানা উদগত হয় কিন্তু এই প্রকৃতির প্রদাহজ দানা পূয় পূর্ণ থাকে। দৃশ্যে বসন্তের পূয়পূর্ণ দানার অনুরূপ, গাঢ় পীতবর্ণ বিশিষ্ট স্রাবপূর্ণ। প্রমেহ বা উপদংশাক্রান্তা স্ত্রীলোক অন্তঃস্বত্বা হইলে এই প্রকৃতির প্রদাহ হইতে পারে।

এম্ফাইসিমেটাস্ ভেজাইনাইটিস্ (Emphysematous vaginitis)।—এই প্রকৃতির প্রদাহ দানাময় প্রদাহের পরিণাম ফল। প্রদাহ জন্য প্রথমে সামান্য দানা বহির্গত হইলে পরে তন্মধ্যে পূয়োৎপত্তি এবং পরিশেষে উক্ত পূয়ে পচনোৎপত্তি হওয়ায় দানাগহ্বর দুর্গন্ধযুক্ত বায়ু-পূর্ণ হয়। ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র দানাময় কঠিন গুটিকা দ্বারা যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অভ্যন্তরের অধিকাংশ স্থান আবৃত হয়। অঙ্গুলী স্পর্শে কঠিন গুটিকাবৎ অনুমিত এবং স্পেকুলম প্রবেশ করাইলে কৃষ্ণ ও ধূসরবর্ণ, মটরের অনুরূপ আয়তন বিশিষ্ট কঠিন আবরণ যুক্ত তরল পদার্থ পূর্ণ গুটিকা সমূহ দৃষ্ট হয়। এই গুটিকা বিদ্ধ করিলে বায়ু বহির্গত হইয়া যাওয়ায় গুটিকা আকুঞ্চিত হয়। প্রমেহাক্রান্তা স্ত্রী গর্ভবতী হইলে এই প্রকৃতির প্রদাহ হইতে পারে সত্য কিন্তু তাদৃশ ঘটনা অতি বিরল।

সিষ্টিক্ ভেজাইনাইটিস্ (Cystic vaginitis)—এইরূপও অতি বিরল। ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফলিকিউলার সিষ্ট উৎপন্ন হওয়া ইহার বিশেষ প্রকৃতি। জরায়ুগ্রীবার ঐ প্রকৃতির সিষ্টের অনুরূপ লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হয়।

যোনির প্রমেহজ প্রদাহ।

(গনোরিয়াল ভেজাইনাইটিস Gonorrhœal vaginitis)

স্ত্রীজননেন্দ্রিয়ের কৃচ্ছ্র সাধ্য, কষ্টদায়ক এবং শোচনীয় পরিণাম সমন্বিত পীড়ার মধ্যে প্রমেহজ প্রদাহ সর্ব্ব প্রধান। যত সাবধানেই চিকিৎসা করা হউক না কেন, প্রায় নিঃশেষ হইয়া আরোগ্য হয় না, এবং অত্যল্প সময় মধ্যেই সন্নিকটবর্ত্তী অন্যান্য গঠন—জরায়ু, অণ্ডাশয়, ফেলোপিয়ন নল, এবং বস্তিগহ্বরস্থিত শৈষ্মিক ঝিল্লি প্রভৃতি যন্ত্র আক্রান্ত হওয়ায় পীড়ার পরিণাম ফল শোচনীয় হইয়া থাকে। অনেক স্থলে পীড়া আরোগ্য হইয়াছে, এমত মনে হইতে পারে; কিন্তু প্রকৃতপক্ষে পীড়া গুপ্তভাবে অবস্থিতি করে। যোনির প্রমেহজ প্রদাহের পরিণাম ফল যেরূপ শোচনীয়; আশুফলও তেমনি যন্ত্রণাদায়ক। গৌণ ভাবে পাইওস্যালপিনক্স প্রভৃতি অনেক পীড়াই হইতে দেখা যায়। তবে মঙ্গলের বিষয় এই যে, পীড়িতার সংখ্যা অত্যল্প। এই প্রকৃতির প্রদাহোৎপত্তির কারণ কেবল মাত্র গণোকোকাইয়ের সংক্রমণ।

পীড়ার প্রথমাবস্থা এক নির্দ্দিষ্ট নিয়মে আবদ্ধ। প্রথমে যোনিদ্বার সামান্য স্ফীত এবং মূত্রত্যাগে জ্বালা উপস্থিত হয়। মূত্রনালী প্রদাহিত হওয়াই ইহার কারণ। ইহার পরেই পূয় স্রাব হইতে আরম্ভ হয়। এতৎসহ তরুণ প্রদাহের সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত হইয়া কয়েক দিবস মাত্র স্থায়ী হয়। সাধারণ প্রদাহ অপেক্ষা প্রত্যেক লক্ষণ প্রবল ভাবে উপস্থিত হইয়া থাকে। যথেষ্ট পূয় স্রাব এবং তাহা কখন কখন শোণিতরঞ্জিত দেখা যায়। লক্ষণ সমূহ অত্যন্ত প্রবলভাবে উপস্থিত হইলেও রোগিণীকে কদাচিৎ শয্যা গ্রহণ করিতে এবং বারাঙ্গনা-দিগকে কদাচিৎ তাহাদিগের ব্যবসা হইতে বিরত হইতে হয়। তরুণা-বস্থা অতীত হইলেই স্রাবের পরিমাণ হ্রাস হইতে থাকে। উপযুক্ত

চিকিৎসা হইলে ৫।৬ সপ্তাহ মধ্যে আরোগ্য হইতে পারে কিন্তু আরোগ্য হওয়াও অতি বিরল। প্রথমাবস্থায় প্রায়ই সুচিকিৎসা হয় না, তজ্জন্য প্রদাহ পুরাতন ভাবাপন্ন হইয়া দীর্ঘ কাল অবস্থিতি করে। পুরাতন শ্বেত প্রদরের স্রাব নিঃসৃত হইতে দেখা যায়।

সহসা পীড়ার প্রবল ভাব, লক্ষণ সমূহ অত্যন্ত কষ্ট দায়ক; গাঢ় পীত বর্ণ বিশিষ্ট যথেষ্ট স্রাব এবং পীড়িত অঙ্গ আরক্ত ও বেদনাযুক্ত ইত্যাদি লক্ষণ দৃষ্টে প্রমেহজ প্রদাহ স্থির করা যাইতে পারে। স্রাবমধ্যে গণোকোকাই বর্ত্তমান থাকে। এই পূয় অত্যন্ত স্পর্শাক্রামক।

প্রমেহজ যোনি-প্রদাহের ফলে যোনিদ্বার প্রদাহ, যোনিদ্বারে স্ফোটক, মূত্রাশয় প্রদাহ, জরায়ু প্রদাহ, অণ্ডাশয় ও অণ্ডবহানলের প্রদাহ, বস্তি-গহ্বরস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদাহ, বাঘী এবং বন্ধ্যাত্ব প্রভৃতি পীড়া হইতে পারে।

"যোনি প্রদাহ প্রমেহজ" এই মন্তব্য অতি সাবধানে ব্যক্ত করা উচিত। কারণ, এইরূপ মন্তব্যে হয়তো কোন চরিত্রগত নির্দ্দোষীর প্রতিও দোষারোপিত হওয়া আশ্চর্য্য নহে। তদ্রূপ কলঙ্কে চিকিৎ-সককেও বিপদস্থ হইতে হয়।

যোনির সুতিকা দোষজ প্রদাহ (পিওরপারল ভেজাই-নাইটিস Puerperal vaginitis)—প্রসবের পর অনেক স্থলে যোনিতে প্রদাহ হইতে দেখা যায়। অন্তঃসত্বাবস্থায় যোনি কোমল, শোণিতপূর্ণ এবং স্থূল হয়। প্রসবের পর অনেকস্থলে পুনর্ব্বার স্বাভা-বিক অবস্থা প্রাপ্ত হয়, কিন্তু প্রসব সময়ে আহত হইলে কোন কোন স্থলে স্বাভাবিক অবস্থায় পরিণত হওয়ার পরিবর্ত্তে প্রদাহিত হয়। গ্রন্থিসমূহ হইতে স্রাব নিঃসৃত হইতে থাকে। যোনি আরক্তবর্ণ, কোমল, শোণিতস্রাব প্রবণ, স্থূল এবং বৃহৎ থাকে। পূয় নিঃসৃত হয়। কয়েক মাস পরে এই অবস্থা পরিবর্ত্তিত হইয়া কেবলমাত্র সামান্য শুভ্রবর্ণ স্রাব

নিঃসৃত হয়। এই স্রাব বস্ত্রে সংলগ্ন হইলে ঈষৎ পীতাভবর্ণ বিশিষ্ট দেখায়।

বালিকার যোনিপ্রদাহ (vaginitis in children)।—ময়লা, কৃমি, গণ্ডমালা ধাতুপ্রকৃতি, শোণিত দুষ্টতা, শৈত্য, প্রমেহ, বা হস্তমৈথুন ইত্যাদি কোন কারণে যোনিদ্বারের প্রদাহ হইলে অনেকস্থলেই হাইমেনের অবরোধ জন্য উক্ত প্রদাহ যোনির অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হইতে পারে না। যোনিদ্বারে প্রদাহ লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে মাত্র। কদাচিৎ অভ্যন্তরে প্রবিষ্ট হয়। প্রমেহ সংস্রবে প্রদাহ বিস্তৃত হইতে পারে, এবং কখন কখন তজ্জন্য পুরুষ সংসর্গের সন্দেহ হইতে পারে সত্য, কিন্তু প্রকৃত পক্ষে তদ্রূপ ঘটনা নাও হইতে পারে; তাহা স্মরণ রাখা উচিত।

হাম ইত্যাদি দূষিত জ্বরে কদাচিৎ যোনির প্রদাহ হইয়া তাহা প্রবলভাব ধারণ করিতে পারে। কিন্তু তৎকালে অন্যান্য মন্দ লক্ষণের প্রতিই সকলের দৃষ্টি থাকায়, এই প্রদাহ অজ্ঞাতভাবে থাকে। ক্ষত ইত্যাদি শুষ্ক হইয়া যোনিগহ্বর অবরুদ্ধ হইলে আর্ত্তবস্রাব আরম্ভ হওয়ার সময় প্রকৃত অবস্থা প্রকাশিত হয়। এই প্রদাহ ক্রমে ফেলোপিয়ন নল পর্য্যন্ত বিস্তৃত হওয়া অসম্ভব নহে।

বার্দ্ধক্য যোনিপ্রদাহ (Senile vaginitis)।—অধিক বয়সে জননেন্দ্রিয় শুষ্ক হইয়া যায়। পোষণ ইত্যাদির বিঘ্ন হওয়ায় প্রদাহ হয়। প্রমেহ, বাতধাতু, বা অন্য উত্তেজনায় প্রদাহ হইতে পারে। স্পেকুলম প্রবেশ করাইলে যোনিপ্রাচীর পরিষ্কার, রক্তবর্ণ বিশিষ্ট এবং পূয়দ্বারা আবৃত দেখা যায়। জরায়ুরমুখ তুলির দ্বারায় পরিষ্কার করিলে যদি পুনর্ব্বার স্রাব দৃষ্ট হয়, তবে বুঝিতে হইবে যে, জরায়ু হইতে স্রাব নির্গত হইতেছে। কখন কখন যোনিপ্রাচীর সূক্ষ্ম অঙ্কুরবৎ গঠনদ্বারা আবৃত থাকে। সহজেই শোণিত স্রাব হয়। ইহাই ব্লিডিং ভেজাইনাইটিস্ (Bleeding vaginitis) নামে উক্ত হয়।

যোনিপ্রদাহ চিকিৎসা।

(Treatment of vaginitis)

সাধারণ প্রদাহের তরুণাবস্থায় শান্ত সুস্থির অবস্থায় শয্যায় শায়িতা রাখিবে। উষ্ণস্নান উপকারী। বোরেট অব্ সোডা, কণ্ডিজ ফ্লুইড (ʒi—oi); লডেনম, পোস্তের ঢেরি, বা বেলেডোনার সার; কার্ব্বনেট অব্ সোডা সহ উষ্ণ জলের পিচকারী কিম্বা লাডেনম সহ উষ্ণ জলের ডুস প্রত্যহ তিনবার দিলে উপকার হয়। ডুস প্রয়োগ করার পর মর্ফিয়া, বেলেডোনার মলম তুলায় মিশ্রিত করিয়া যোনি মধ্যে প্রয়োগ করা উচিত। রজনীতে কোকেন বেলেডোনা, হায়সায়মাস কোকেন সহ গ্লিসিরিণের ট্যাম্পন প্রয়োগ করা উচিত। ট্যাম্পন সহ ট্যানিন (ʒii—℥i) মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে ২৪ ঘণ্টা রাখা যাইতে পারে। আবশ্যক হইলে নিদ্রার জন্য ব্রোমাইড, ক্লোরাল বা অহিফেন ব্যবহার করিবে। বিরেচক লবণ দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখিবে। অনুত্তেজক তরল পথ্য দিবে। মূত্রাশয় এবং মূত্রনালীর উত্তেজনা থাকিলে

℞

পলভগম একাসিয়া	...	a͞a ʒi
অইল স্যাণ্টাল ...	...	
অইল কিউবেব ...	...	
অইল কোপেবা ...	...	
লাইকর পটাশ ...	...	
টিংচার হাইওসাইমাস	...	ʒii
সিরপ সিম্পল ..	...	ʒii
মিশ্র এমিগডেলা...	...	add ℥viii.

একত্র মিশ্রিত করিয়া এক আউন্স মাত্রায় প্রত্যহ ৩,৪ বার সেবন করাইবে।

ইনফিউসন জুনিপার, ইউবাঅর্শা, বকু ইত্যাদি ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। যষ্টিমধু সহ তিসির জল উপকারী।

পীড়ার তরুণাবস্থা অতীত হইলে সালফোকার্ব্বোলেট অব্ জিঙ্ক, সালফেট অব্ জিঙ্ক, সবএসিটেট অব্ লেড, এলম; বোরিক, স্যালি-সিলিক বা ট্যানিকএসিড ইত্যাদির সঙ্কোচক লোশন প্রয়োগ করা যাইতে পারে। পারক্লোরাইড অব্ মার্করী লোশন (১—৫০০০) এবং বেলেডোনা, কোকেন, ট্যানিক এসিড, আইওডোফরম ইত্যাদির সপোজিটরী উপকারী। ইহাতে উপকার না হইলে নাইট্রেট অব্ সিলভার বা গ্লিসিরিণ কার্ব্বলিক এসিড প্রয়োগ করিতে হয়।

গ্র্যানুলার ভেজাইনাইটিস হইলে যোনি পরিষ্কার ও শুষ্ক করতঃ পচন নিবারক তুলা পূর্ণ করিয়া কয়েক মিনিট এই অবস্থায় রাখিয়া বহি-র্গত করতঃ পুনর্ব্বার যোনিপ্রাচীর শুষ্ক করিবে। পরিশেষে ফারগু-সনের স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া ক্রমে ক্রমে বহির্গত করিতে থাকিবে এবং যোনিপ্রাচীরের যে অংশ দৃষ্ট হইবে, সেইস্থানে তুলী দ্বারা ক্লোরা-ইড অব্ জিঙ্ক (ʒss—℥i গ্লিসিরিণ), গ্লিসিরিণ কার্ব্বলিক এসিড (ʒiii—℥i গ্লিসিরিণ) কিম্বা তদ্রূপ অপর কোন দ্রব প্রয়োগ করিবে। অনেকে প্রথমে ১০—২০ গ্রেণ ক্লোরাইড অব্ জিঙ্ক অর্দ্ধ সের জলে মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিতে বলেন। তাহাতে উপকার না হইলে ক্রমে মাত্রা বৃদ্ধি করা উচিত।

অত্যন্ত পূয় স্রাব হইলে প্রথমে এলম চূর্ণ প্রক্ষেপ করিবে। তাহাতে উপকার না হইলে টিংচার ফেরিপারক্লোরাইড এক ভাগ, তিন ভাগ জল সহ মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা উচিত। বেদনা বর্ত্তমান থাকিলে কেবল অবসাদক এবং বেদনানিবারক ঔষধ প্রয়োগ করাই বিধি। এম্ফিসিমেটাস প্রদাহে গুটিসমূহ বিদ্ধ করিয়া বায়ু বহির্গত করিয়া দিয়া সাধারণ প্রণালীতে চিকিৎসা করিতে হয়। মেম্ব্রেনাস্ ভেজাইনিটিস

হইলে প্রথমে গাঢ় বোরাসিক দ্রব দ্বারা ডুস প্রয়োগ করিবে, তাহাতে উপকার না হইলে মৃদু সঙ্কোচক ঔষধ প্রয়োগ এবং পূর্ণ মাত্রায় আর্সে-নিক সেবন করাইবে। লক্ষণ দৃষ্টে অন্যান্য অবস্থার ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। কোন উপসর্গ উপস্থিত হইলে তৎক্ষণাৎ তাহার চিকিৎসা করিবে। প্রমেহজ প্রদাহ অত্যন্ত সংস্পর্শক্রামক—এমন কি, মলদ্বারের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে সংলগ্ন হইলে তথায়ও প্রদাহ হইতে পারে। পরন্তু আরোগ্য হইয়াছে, এমন মনে করা হয়, প্রকৃত অবস্থায় কিন্তু তাহা না হইতে পারে। তজ্জন্য আরোগ্য হইলেও কয়েক দিবস পরীক্ষাধীনে রাখা আবশ্যক।

যোনিভ্রংশ।

(প্রলাপস্ অফ্ দি ভেজাইনা Prolapse of the vagina)

জরায়ু ভ্রংশ এবং গ্রীবার দীর্ঘতার বর্ণনার সঙ্গে এতৎবিষয় উল্লিখিত হইয়াছে সুতরাং পুনর্ব্বার বিস্তৃত ভাবে উল্লেখ করা নিষ্প্রয়োজন। যোনিভ্রংশতা প্রাথমিক হইলেও অনেক ঘটনায় তৎসহ জরায়ুর আংশিক ভ্রংশতা, গ্রীবার দীর্ঘতা এবং যোনিউল্টান একই স্থলে বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা।

বার্দ্ধক্য, যোনির পুরাতন প্রদাহ, অস্ত্রোপচার, প্রসব এবং দীর্ঘকাল মল মূত্রাশয় পরিপূর্ণ থাকিলে যোনি ভ্রংশতা উপস্থিত হইতে পারে।

অগ্রপশ্চাৎ যোনি প্রাচীর—বিশেষতঃ সম্মুখ প্রাচীর যোনিগহ্বর মধ্যে ঝুলিয়া পড়ে। এই অবস্থা ক্রমে ক্রমে অধিক হইতে থাকে। এতৎসহ মলমূত্রাশয়ও আকৃষ্ট হয়। অণ্ডাশয়ের সিষ্ট আকৃষ্ট হইয়া পশ্চাৎ পাউচ মধ্যে (ওভেরিওসিল) অবস্থিত হইতে পারে। যোনির ওষ্ঠ দ্বয়ের মধ্যদিয়া মূত্রাশয় বহির্গত হইয়া থাকিলে বহির্গত পদার্থের সম্মুখাংশে মূত্রনালীর মুখ দৃষ্ট হওয়া সম্ভব। এইরূপ স্থলে নিম্নাভিমুখে

ক্যাথিটার প্রবেশ করাইতে হয়। সমস্ত মূত্র বহির্গত না হওয়ায় অবশিষ্ট মূত্র সঞ্চিত থাকিলে দুর্গন্ধযুক্ত হইতে পারে। ক্ষুদ্র অন্ত্র ডগলাসের পাউচে থাকার সম্ভাবনা। দীর্ঘকাল বহির্গত হইয়া থাকার লক্ষণ—মলমূত্রাশয় সংশ্লিষ্ট অসুবিধা, মূত্রাবরোধ ইত্যাদির বিষয় পূর্ব্বে উল্লিখিত হইয়াছে।

যোনির কোষার্ব্বুদ।

(Cystic Tumour of the vagina)

যোনির সিষ্টের সহিত হার্ণিয়া, পুরাতন স্ফোটক, শিরাস্ফীতি, এবং সিষ্টোসিল প্রভৃতির ভ্রম হয়।

সাধারণতঃ একটী মাত্র সিষ্ট হয়। প্রদাহিত না হইলে তজ্জন্য বিশেষ কোন কষ্ট হয় না, কোষ মধ্যে গাঢ় তরল পদার্থ বর্ত্তমান থাকে। সাধারণ নিয়মে কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করা উচিত।

টিউবারকিউলোসিস্

(Tuberculosis)

যোনিতে সাধারণতঃ গৌণভাবে টিউবারকেল সঞ্চিত হয়। ইহা অতি বিরল। যোনির কোন কোন স্থানে টিউবারকেল জন্য বিশেষ প্রকৃতির ক্ষত এবং তজ্জনিত লক্ষণ সমূহ উপস্থিত হইতে পারে। মধ্যস্থল ধূসরবর্ণ, লালবর্ণ আলি দ্বারা পরিবেষ্টিত, পার্শ্বদেশ পরিষ্কার কর্ত্তিত, অভ্যন্তরে পচা ছানার অনুরূপ পদার্থ, এবং তলভাগে শিথিল অঙ্কুর দ্বারা আবৃত ইত্যাদি অবস্থা এই ক্ষতের বিশেষ লক্ষণ। যোনিমুখে পীড়া আরম্ভ হইলে যোনি গহ্বরের নিম্নাংশে এবং জরায়ুরগহ্বরের পীড়া হইলে পশ্চাৎ কুল-ডি-স্যাকে ক্ষতোৎপত্তি হওয়ার সম্ভাবনা।

পীড়িত বিধান দগ্ধ কিম্বা কাটিয়া দূরীভূত করা একমাত্র চিকিৎসা।

ত্রয়স্ত্রিংশ অধ্যায়।

যোনির শোষ ঘা

(ভেজাইন্যাল ফিশ্চুলা Vaginal Fistula)

যোনি মধ্যে নিম্নলিখিত কয়েক প্রকার শোষ ঘা হইতে দেখা যায়।

ভেসিকো-ভেজাইন্যাল ফিশ্চুলা (Vesico-vaginal Fistula)।

ইউরিথ্রো-ভেজাইন্যাল ফিশ্চুলা (Urethro-vaginal Fistula)

ইউরিথ্রো-ভেসাইকো-ভেজাইন্যাল ফিশ্চুলা (Urethro-vesico-vaginal Fistula)।

ভেসাইকো-ইউটেরো ভেজাইন্যাল ফিশ্চুলা (Vesico-utero-vaginal Fistula)।

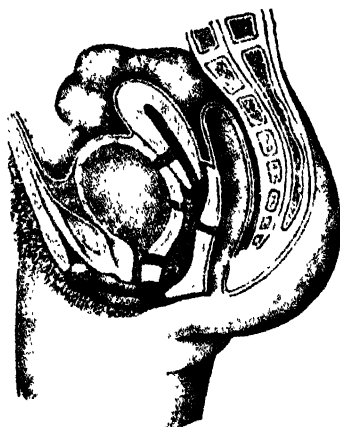
রেক্টো-ভেজাইন্যাল ফিশ্চুলা (Recto-vaginal Fistula)।

পেরিনিও-ভেজাইন্যাল ফিশ্চুলা (Pereneo-vaginal Fistula)।

ইউরিটেরো-ভেজাইন্যাল ফিশ্চুলা (Uretero vaginal fistula) ইত্যাদি।

এতদ্ব্যতীত আরও নানা রূপ ফিশ্চুলা বর্ণিত হয়। কিন্তু এই ক্ষুদ্র পুস্তকে তদ্বিষয় আলোচনা অসম্ভব জন্ম সচরাচর যাহা দেখিতে পাই—তাহা—ভেসিকো-ভেজাইন্যাল এবং রেক্টোভেজাইন্যাল—এই দুই প্রকৃতির ফিশ্চুলার বিষয় সংক্ষেপে বর্ণিত হইল।

কারণ।—কষ্টকর প্রসব, প্রসব সময়ে অস্ত্রাদির আঘাত, যোনির প্রদাহ, ও বিগলিত ক্ষত, উপদংশ, মূত্রাশয়ের অশ্মরী, অস্ত্রোপচার সময়ে বা অন্য কারণে আকস্মিক আঘাত জনিত ক্ষত, ক্যানসার, পেশারীর

জন্ম ক্ষত, আজন্ম বিকৃতি, যোনিসংলগ্নমূত্রাশয় প্রাচীরের স্ফোটক, মূত্রাশয় মধ্যে বাহ্যবস্তু, টিউবারকিউলার ক্ষত ইত্যাদি।

১৮১তম চিত্র।—যোনি-জরায়ুসংশ্লিষ্ট বিভিন্ন প্রকৃতির শোষঘায়ের প্রতিকৃতি।

লক্ষণ।—যে রন্ধ্র পথে মূত্র নির্গত হয়, তাহার অবস্থিতি ও বিস্তৃতির উপর প্রবল লক্ষণ উপস্থিত হওয়া নির্ভর করে। প্রধান লক্ষণ—মূত্র-ধারণশক্তি থাকে না—অনিচ্ছা সত্ত্বে যোনিপথে মূত্র নির্গত হয়। রন্ধ্র দ্বারা মূত্রাশয়যোনি সম্মিলিত হইলে যেমন যোনিমধ্যে মূত্র নির্গত হয়, তদ্রূপ যোনিসরলান্ত্র রন্ধ্রদ্বারা সম্মিলিত হইলে যোনিমধ্যে মল কিম্বা বায়ু প্রবিষ্ট হয়। যোনি হইতে ক্রমাগত স্রাব নির্গত হইয়া যোনিমুখে ও ঊরুদেশে সংলগ্ন হওয়ায় উক্ত স্থানে উত্তেজনা উপস্থিত হয়; ছিদ্র অত্যন্ত সূক্ষ্ম হইলে অল্প সময় পর পর যোনি হইতে মূত্র বহির্গত হইতে পারে, এইরূপ মূত্রনালী বিশিষ্টা রোগিণী প্রকাশ করে যে, সময়ে সময়ে প্রস্রাব বন্ধ থাকে এবং সময়ে সময়ে আপনা হইতে বহির্গত হয়। প্রস্রাব অল্প বা অধিক নির্গত হউক—তাহা অনিচ্ছাস্বত্বে নির্গত হওয়ায় তদ্দ্বারা বস্ত্র আর্দ্র হয়। রোগিণীর পরিধেয়

বস্ত্র হইতে মূত্রের উগ্রগন্ধ নির্গত হওয়ার সম্ভাবনা। মূত্রাশয়ের উত্তেজনা জন্য যে পুনঃ পুনঃ প্রস্রাব হয়, তাহা সম্পূর্ণ ভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট— উত্তেজনার জন্য প্রস্রাব হইলে রোগিণী দ্রুত যাইয়া প্রস্রাব করিতে পারে, তজ্জন্য প্রায়ই বস্ত্র আর্দ্র হয় না। কিন্তু মূত্রনালীর জন্য যে প্রস্রাব নির্গত হয়, তাহা রোগিণী মুহূর্ত্তের জন্য সম্বরণ করিতে পারে না; তজ্জন্য প্রায়ই বস্ত্রে সংলগ্ন হয়। মূত্রাশয়ে প্রদাহ বর্ত্তমান থাকিলে মূত্রসহ শ্লেষ্মা পূয় ইত্যাদি মিশ্রিত থাকে। উরুদ্বয় পরস্পর আকৃষ্ট ও সংলিপ্ত করিয়া রাখিলে অল্প সময়ের জন্য মূত্রস্রাব বন্ধ থাকিতে পারে। অনেক রোগিণী এইরূপ অভ্যাস করিয়া কিয়ৎ কালের জন্য মূত্র বন্ধ করিয়া রাখে। মূত্রাশয়ের উর্দ্ধাংশে শোষঘা হইলে দণ্ডায়মান থাকিলে অনেক সময়ে মূত্র নির্গত হয় না। কিন্তু মূত্রাশয়ের গ্রীবার সন্নিকটে নালীঘা থাকা স্বত্বে দণ্ডায়মান থাকিলে মূত্রাশয় মধ্যে মূত্র আসিবা মাত্র বহির্গত হইয়া যায়। মূত্রনালীতে নালী ঘা হইলে কেবলমাত্র ইচ্ছাকৃত মূত্রত্যাগের সময়ে যোনিমধ্যে মূত্র প্রবিষ্ট হয়। ইউরিটারের নালী ঘা হইলে সর্ব্বদাই যোনিমধ্যে বিন্দু বিন্দু মূত্র নির্গত হওয়ার সম্ভাবনা। যোনি প্রাচীর ক্রমাগত মূত্র সংলিপ্ত হওয়ায় প্রায়ই প্রদাহ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। রন্ধ্রের পার্শ্বে বেদনাযুক্ত পুরাতন প্রদাহের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। মূত্র সঞ্চিত না হওয়ায় মূত্রাশয় আকুঞ্চিত ভাবে থাকে। জরায়ুগ্রীবার সহিত মূত্রনালার সংযোগ থাকিলে জরায়ুর প্রদাহ ও গ্রীবার প্রদাহ হইতে পারে। সর্ব্বদা মূত্র সংলগ্নে গ্রীবায় ক্ষত হইতে পারে। তজ্জন্য নানা রূপ বৈধানিক পরিবর্ত্তন লক্ষিত হয়। গ্রীবার মারাত্মক পীড়ার সহিত ভ্রম হওয়াও আশ্চর্য্য নহে। অনেক স্থলে ক্ষতযুক্ত গ্রীবা বৃহৎ ও আবদ্ধ থাকে।

রন্ধ্র বৃহৎ হইলে সিমসের স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া সহজেই দেখা যাইতে পারে কিন্তু জরায়ুগ্রীবার ফিশ্চুলামধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ

করিতে পারে, এমত বৃহৎ কদাচিৎ হয়। অতি সূক্ষ্ম ছিদ্র শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ভাঁজ দ্বারা আবৃত থাকিলে লুক্কায়িত থাকিতে কিম্বা প্রকৃত আয়তনাপেক্ষা ক্ষুদ্র দেখাইতে পারে।

মূত্রাশয়ের প্রদাহ, যোনির প্রদাহ, মূত্র ক্ষারাক্ত ও শ্লেষ্মা প্রভৃতি মিশ্রিত, প্রদাহ বিস্তৃত হইয়া সন্নিকটবর্তী অন্য যন্ত্র আক্রান্ত, যোনি প্রভৃতিতে ক্ষত—বিগলন, ক্ষত শুষ্ক জন্য কাঠিন্য—এই সকল ঘটনায় জরায়ু ইত্যাদি আবদ্ধ হইয়া থাকিতে পারে। যোনি দ্বারে স্রাব শুষ্ক হইয়া চূণের অনুরূপ পদার্থ সংশ্লিষ্ট হইতে দেখা গিয়াছে।

নির্ণয় —ডকবিলস্পেকুলম প্রবেশ করাইলে যোনির বৃহৎ ফিশ্চুলা সহজেই স্থির হয়। ফিশ্চুলার বিপরীত পার্শ্বের যোনিপ্রাচীরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অংশ ফিশ্চুলার মধ্যে প্রবিষ্ট হইলে সেই স্থান কোমল, উচ্চ ও গাঢ় লালবর্ণ দেখায়।

যোনি এবং গ্রীবা উভয়ই উত্তমরূপে দৃষ্ট হইলেও যদি ফিশ্চুলার নির্দ্দিষ্ট স্থান না দেখা যায়, তবে মূত্রনালী মধ্যে ক্যাথিটার প্রবেশ করাইয়া তন্মধ্য দিয়া নীল, আলতা বা মেজেন্টার রঞ্জিত জল কিম্বা দুগ্ধ পিচকারী দ্বারা প্রয়োগ করিলে ঐ পদার্থ নালী ঘা দিয়া যোনিমধ্যে প্রবেশ করার সময়ে রঞ্জিত পদার্থ সহজেই দৃষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। সুতরাং মূত্র সংশ্লিষ্ট শোষ ঘায়ের নির্দ্দিষ্ট স্থান সহজেই স্থির হইতে পারে। জরায়ুগ্রীবার সহিত শোষ ঘায়ের সংযোগ বর্ত্তমান থাকিলে উক্তরূপ পিচকারী দেওয়ার পর জরায়ুর মুখ হইতে রঞ্জিত পদার্থ বহির্গত হয়। ইউরিটেরো-সারভাইক্যাল অর্থাৎ জরায়ুগ্রীবার এক পার্শ্বে ইউরিটার সম্মিলিত শোষ ক্ষত হইলে পিচকারী দত্ত পদার্থ জরায়ুগ্রীবার পথে বহির্গত হয় না কিন্তু এইরূপ ফিশ্চুলার ইতিবৃত্ত ভিন্নরূপ—যোনি মধ্য দিয়া ক্রমাগত মূত্র নির্গত হয়; অথচ সময়ে সময়ে স্বাভাবিক পথেও মূত্র নির্গত হইয়া থাকে। উভয় ইউরিটার

জরায়ুগ্রীবার সহিত নালী বা দ্বারা সম্মিলিত হইলে সমস্ত প্রস্রাবই যোনি পথে নির্গত হয়। স্বাভাবিক পথে মূত্র নির্গত হয় না; অথচ মূত্রাশয় মধ্যে পিচকারী দ্বারা দুগ্ধাদি প্রয়োগ করিলে তাহা যোনি পথে বহির্গত হয় না।

যোনির মধ্যে অঙ্গুলী এবং মূত্রাশয়ের মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া পরীক্ষা করিলে ছিদ্রপথে সাউণ্ডের অগ্র বহির্গত হইয়া অঙ্গুলী স্পর্শ করিতে পারে। যোনির ফিশ্চুলা বৃহৎ হইলেই এই পরীক্ষায় স্থির করা যায়।

অতি সূক্ষ্ম ফিশ্চুলা স্থির করার জন্য যোনি মধ্যে উত্তমরূপে আলোক প্রবেশ করিতে পারে, এমত ভাবে—উত্তান, পার্শ্ব বা বক্ষঃজানু অবস্থানে স্থাপন করিয়া যোনির নিম্নের ও উভয় পার্শ্বের প্রাচীর রিট্রাক্টার দ্বারা ফাঁক করিয়া রাখিবে। হুক্ বিদ্ধ করিয়া গ্রীবা নিম্নাভিমুখে রাখিবে, বস্ত্র বা ব্লটিং কাগজদ্বারা যোনি-প্রাচীর উত্তমরূপে শুষ্ক করিবে, পরিশেষে মূত্রাশয় মধ্যে রঞ্জিত জল পিচকারী দ্বারা প্রয়োগ করিলে নালীদ্বার স্থান আর্দ্র এবং এই স্থানে ব্লটিং কাগজ সংলগ্ন করিলে তাহা সিক্ত হইবে। এই স্থানে সূক্ষ্মশলাকা প্রবেশ করাইতে চেষ্টা করিবে। গ্রীবা প্রসারিত করতঃ মূত্রাশয় মধ্য দিয়া সাউণ্ড ও জরায়ুগ্রীবার মধ্য দিয়া শলাকা প্রবেশ করাইলে উভয়ের পরস্পর সংস্পর্শ ঘটিতে পারে। বৃহৎ সঙ্কুচিত যোনি প্রাচীরের সন্দেহযুক্ত স্থানে হুকবিদ্ধ করিয়া সটান করিয়া ধরিলে শলাকা প্রবেশ করান সহজ হয়। যোনিগহ্বর সঙ্কুচিত বোধ হইলে পরীক্ষার পূর্ব্বেই তাহা প্রসারিত করিতে হয়। মূত্রাশয় মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া যোনি সংলগ্ন প্রাচীর যোনিদ্বারের অভিমুখে সঞ্চাপিত করিয়া রাখিলে প্রাচীর সটান হয় সুতরাং সন্দেহযুক্ত স্থান সহজে পরীক্ষা করা যায়।

চিকিৎসা।—আরোগ্যার্থে অস্ত্রোপচার ব্যতীত অপর কোন চিকিৎসা নাই; উপশম হইতে পারে এমত কোন ঔষধ নাই।

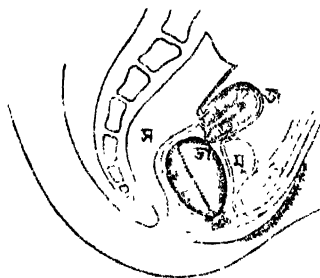
যোনি মধ্যে আর্ত্তব শোণিত শোষিত হইয়া সঞ্চিত থাকার জন্য যেরূপ ভাবে বস্ত্রখণ্ড বা স্পঞ্জ ইত্যাদি প্রয়োজিত হয়। নিঃসৃত মূত্র শোষিত হইয়া যোনিমধ্যে সঞ্চিত থাকার উদ্দেশ্যে তদ্রূপ বস্ত্র বা স্পঞ্জ প্রয়োজিত হইতে পারে। নিঃসৃত প্রস্রাবের পরিমাণ অধিক হইলে ঐ বস্ত্রাদি পুনঃপুনঃ পরিবর্ত্তন করিতে হয়। যে ভাবে অবস্থান করিলে অল্প মূত্র নিঃসৃত হয়, সেই ভাবেই দীর্ঘকাল অবস্থান করা উচিত। প্রস্রাব নিঃসৃত হইয়া কোন পাত্র মধ্যে সঞ্চিত হইতে পারে, এরূপ পাত্র ব্যবহার করা যাইতে পারে। এতদুদ্দেশ্যে নানাপ্রকার যন্ত্র (Femal urinal) ক্রয় করিতে পাওয়া যায়। কিন্তু ঐরূপ যন্ত্রের ব্যবহার অতি বিরল।

অস্ত্রোপচারের পূর্ব্ববর্ত্তী চিকিৎসা।—মূত্রনালী হওয়ার পর অন্ততঃ ছই মাস পরে অস্ত্রোপচার কর্ত্তব্য। কষ্টকর প্রসব জন্য মূত্র-নালীর উৎপত্তি হইলে অনেক স্থলে ঐ সময় মধ্যে আপনা হইতে আরোগ্য হইয়া যায়। বৃহৎ মূত্রনালীও ঐরূপে আরোগ্য হইতে দেখা গিয়াছে। লোকিয়া ইত্যাদিও ঐ সময় মধ্যে বন্ধ হইয়া যায়। পরন্তু ঐ সময় মধ্যে ক্ষত সংলগ্ন বিগলিত অংশ বহির্গত, পীড়িত স্থান দৃঢ় এবং শোণিত সঞ্চালন উত্তমরূপে সংস্থাপিত হয়।

অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতির জন্য বলকারক ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত। আর্থিক স্বচ্ছলতা থাকিলে বায়ু পরিবর্ত্তনে শীঘ্রই স্বাস্থ্যোন্নতি হইতে পারে।

যোনিগহ্বর পচননিবারক উষ্ণজল দ্বারা ধৌত করতঃ পচননিবারক ট্যাম্পন স্থাপন করিয়া পরিষ্কার করিবে। কোষ্ঠ পরিষ্কার এবং মূত্র পরিষ্কারের প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখা উচিত।

যোনি মধ্যে কোন স্থানে টনটনানী বর্ত্তমান থাকিলে তাহার যথোচিত চিকিৎসা করিবে। ক্ষত শুকের টান জন্য স্থানিক আবদ্ধতা বর্ত্তমান

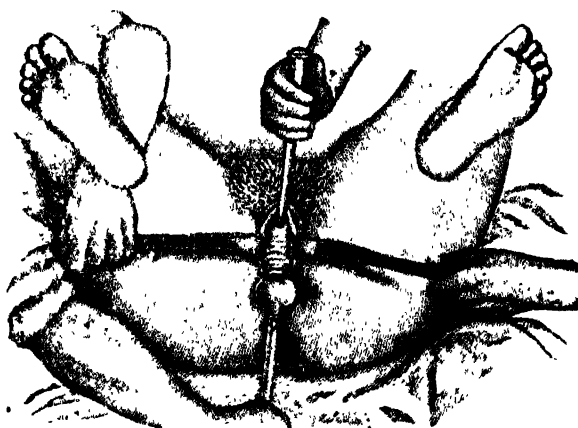
থাকিলে তাহা কাঁচির দ্বারা কর্ত্তন করিয়া আবদ্ধতা শোধিত হইতে পারে, এমত উপায় অবলম্বন করিবে। যোনিগহ্বর সঙ্কুচিত থাকিলে অস্ত্রোপচারের বিলক্ষণ অসুবিধা উপস্থিত হয়, তজ্জন্য কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে যোনিগহ্বর প্রসারিত করার জন্য নানারূপ যন্ত্র ব্যবহৃত হয়। ক্রমে

১৮২তম চিত্র।—গুডাইঙ্গ্যান ডাইলেটার দ্বারা যোনি গহ্বর প্রসারণ প্রণালী। ডাইলেটার উপযুক্ত ভাবে সংস্থাপিত থাকার প্রতিকৃতি। জ—জরায়ু, মু—মূত্রাশয়, স—সরলান্ত্র, ডা—ডাইলেটার।

ক্রমে কয়েক বারে কিম্বা অল্প সময়ের মধ্যে একবারে যোনিগহ্বর প্রসারিত করা যাইতে পারে। এই কার্য্যে আবশ্যক হইলে কোকেন প্রভৃতি স্থানিক চৈতন্য নাশক ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। মূত্রনলী সঙ্কুচিত থাকিলে তাহাও প্রসারিত করিবে। মূত্র সমুৎসর্গের গৌণফল—যোনিমুখের কণ্ডূয়ন, ও যোনির, জরায়ুগ্রীবার এবং মূত্রাশয়ের প্রদাহের প্রতিবিধান উদ্দেশ্যে কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে পচননিবারক জলের ডুস, পিচকারী, এবং ট্যাম্পন ইত্যাদি ব্যবস্থা করিবে।

আর্ত্তবস্রাব শেষ হওয়ার অল্প কয়েক দিবস পরেই অস্ত্রোপচারের দিনধার্য্য করা উচিত। ৪৮ ঘণ্টা পূর্ব্বে ১ : ৫০০ হাইড্রার্জ্জ পারক্লোরাইড লোশন দ্বারা যোনি ধৌত করিয়া বোরাসিক উল দ্বারা পরিপূর্ণ করিয়া রাখিবে। অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বের দিবসও পুনর্ব্বার ঐ রূপে যোনি

পরিষ্কার এবং বোরাসিক লোশন দ্বারা সরলান্ত্র ধৌত করিবে। অস্ত্রোপচারের কয়েক ঘণ্টা পূর্ব্বে পুনর্ব্বার সরলান্ত্র, যোনি, এবং মূত্রাশয় পরিষ্কার করা আবশ্যক।

অস্ত্রোপচার জন্য নিম্নলিখিত অস্ত্র এবং যন্ত্রাদি আবশ্যক হওয়ার সম্ভাবনা।

সিমস্‌স্পেকুলম, কয়েকটী ভেজাইন্যাল রিট্রাক্টার, দুইটী দীর্ঘ ইউ-টিরাইন টেনাকিউলা, দীর্ঘ মুষ্টিযুক্ত ডবল হুক, কয়েকটী ভেজাইকো-ভেজাইন্যাল ছুরি, কয়েক প্রকারের ভেজাইকো-ভেজাইন্যাল কাঁচি, দন্তযুক্ত দীর্ঘ ফরসেপস, রোপান্তার ও শট্‌স, ওয়ার টুইষ্টার, কয়েকটী টরশন এবং প্রেসার ফরসেপস, স্পঞ্জ, ভেজাইন্যালডুশ, লেগসাপোর্ট, কইল ও ছিদ্রযুক্ত শট, স্পঞ্জহোলডার, ভিন্ন ভিন্ন প্রকারের সূচিকা এবং সূচিকা ধারণের যন্ত্র ইত্যাদি।

১০৩তম চিত্র।—যোনির মূত্রসংশ্লিষ্ট শোষ ঘায়ের অস্ত্রোপচারোদ্দেশ্যে রোগিণীকে উত্তান ভাবে স্থাপন, সহকারীদিগের অবস্থান, রিট্রাক্টার প্রবেশ করাইয়া যোনি প্রসারণ এবং মূত্রাশয় মধ্যে সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া বহির্ম্মুখে সঞ্চাপ প্রয়োগ প্রণালীর প্রতিকৃতি।

রোগিণীর অবস্থান।—অনেকে বক্ষঃজানু অবস্থানে অস্ত্র করার সুবিধা হয়, বলেন; কিন্তু ঐ প্রণালী ক্লোরফরমপ্রয়োগপক্ষে সুবিধা জনক নহে। সুতরাং উজ্জ্বল আলোকের সম্মুখে উত্তানভাবে স্থাপন করিয়া অস্ত্রোপচার করাই সুবিধা।

চৈতন্যনাশক ঔষধের মধ্যে ক্লোরফরম প্রয়োগ উৎকৃষ্ট। চৈতন্য হরণ না করিয়াও অস্ত্রকরা যাইতে পারে সত্য কিন্তু তাহাতে নানা বিঘ্ন উপস্থিত হওয়ার সম্ভাবনা। স্থানিক চৈতন্যনাশক—পীড়িত স্থানে কোকেন দ্রব লেপন কিম্বা অধস্ত্বাচিক প্রয়োগেও অসাড়তা উপস্থিত হয় সত্য, কিন্তু ক্লোরফরম প্রয়োগ করিয়া অস্ত্রোপচার সম্পাদন করাই উচিত।

অস্ত্রোপচারের জন্য অন্ততঃ পক্ষে তিন জন সহকারী এবং একজন পরিচারিকার সাহায্য আবশ্যক। এক জন যন্ত্র দ্বারা যোনিগহ্বর প্রসারিত এবং দ্বিতীয় জন আবশ্যকীয় অস্ত্র শস্ত্র সংগ্রহ ও তৃতীয় জন অস্ত্রোপচারের সাহায্য করিবে। পরিচারিকা উপস্থিতমতে আদেশপালন করিবে।

অস্ত্রোপচারের প্রথমাবস্থা, শোষ দ্বা দৃষ্টিগোচরে আনয়ন।—ক্লোরফরম দ্বারা অচৈতন্য করিয়া রোগিণীকে উত্তানভাবে স্থাপন, যোনিগহ্বরের উভয় পার্শ্বে ও পশ্চাদংশে রিট্রাক্টার প্রবেশ করাইয়া যোনিগহ্বর প্রসারণ, মূত্রাশয় মধ্যে ধাতব সাউণ্ড প্রবেশ করাইয়া মূত্রাশয়প্রাচীর যোনিদ্বারাভিমুখে বিস্তৃত এবং জরায়ুগ্রীবায় ডবল হুক বিদ্ধ করিয়া অল্প আকর্ষণ করতঃ স্থিরভাবে রাখিতে হয়। অবস্থানুসারে শোষ দ্বারের উভয়পার্শ্বে হুক বিদ্ধ করিয়া যোনিপ্রাচীর সটান করিয়া ধরিলে স্থানিক অবস্থা উত্তমরূপে দৃষ্টিগোচরে আসিতে পারে।

দ্বিতীয়াবস্থা, শোষদ্বারের পার্শ্বস্থিত যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি কর্ত্তন।—সুবিধানুসারে এতদুদ্দেশ্যে নির্ম্মিত বক্র বা সরল ছুরি, কি কাঁচি দ্বারা রন্ধ্রের সকল পার্শ্ব পরিবেষ্টন করিয়া অর্দ্ধ ইঞ্চ প্রস্থ—সমস্ত পরিধি পরিবেষ্টিত করিয়া এক খণ্ড শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করিবে। এমত সাবধানে কর্ত্তন করিবে যে, কেবল মাত্র যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি কর্ত্তিত হইয়া এক খণ্ডেই সমস্ত অংশ বহির্গত হইতে পারে। অথচ মূত্রাশয়ের ঝিল্লি কর্ত্তিত না হয়, রন্ধ্রমুখের সকল পার্শ্বের—কর্ত্তিত স্থানের মধ্যের সমস্ত অংশের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিই কর্ত্তিত হইয়া বহির্গত হওয়া উচিত। কর্ত্তিত অংশের যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সামান্য মাত্র অংশ অবশিষ্ট থাকিলেও সংযোগের বিঘ্ন হওয়ার সম্ভাবনা। যে অংশ কর্ত্তন করিয়া বহির্গত করা হইবে, তাহা টেনাকিউলার দ্বারা সটান

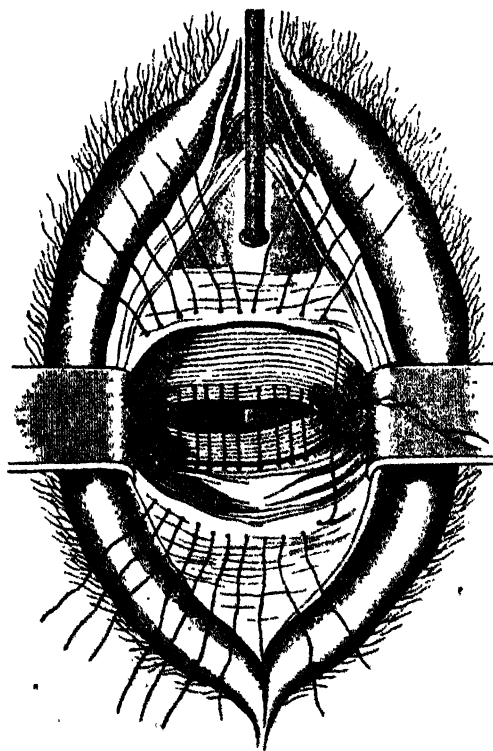
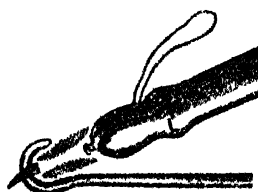
করিয়া ধরিলে কর্তনের সুবিধা হইতে পারে। সকল পার্শ্বের নির্দ্দিষ্ট সমস্ত অংশ গোলাকারে এক খণ্ডে কর্তন করিয়া বহির্গত করিলে কোন স্থানে সামান্য একটু অংশ অবশিষ্ট রহিল কিনা, তাহা অবগত হওয়া যাইতে পারে। শোণিতস্রাব রোধার্থে অঙ্গুলীর

১৮৪তম চিত্র।—যোনি প্রাচীরের মূত্র সংশ্লিষ্ট শোষ ঘায়ের পার্শ্বস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির অংশ ডুলয়াকারে কর্তন করার প্রণালী। হুক বিদ্ধ করিয়া যোনি প্রাচীর সটান করিয়া ধারণ করার প্রতিকৃতি। গ্রীবায় হুক বিদ্ধ করিয়া স্থির রাখার প্রণালী এই চিত্রে প্রদর্শিত হয় নাই।

সঙ্কাপ, প্রেসার কমপ্রেসের সঙ্কাপ, উষ্ণ জল, কিম্বা, ফিংগেচার প্রয়োগ করিবে। শোণিতস্রাব বন্ধ হইলে পচননিবারক জলসিক্ত স্পঞ্জ দ্বারা পরিষ্কার করিবে।

তৃতীয়াবস্থা, কর্তিত প্রদেশের অভ্যন্তর দিয়া সূত্র প্রবেশ করান।—সূত্র প্রবেশ করাবার জন্য এরূপ সূচিকা নির্দ্দিষ্ট করিবে যে, কর্তিত বিধান অধিক আহত হইতে না পারে। সূচিকার রন্ধ্র মধ্যে রেসম সূত্র প্রবেশ করাইয়া উক্ত সূত্রে রৌপ্যতার আবদ্ধ করিয়া নিডিলহোলডার দ্বারা সূচিকা ধারণ করিয়া

কর্ত্তিত অংশের কিনারার এক চতুর্থাংশ ইঞ্চ বাহ্যদিকে—যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে সূচিকা বিদ্ধ করিয়া এমত ভাবে পরিচালিত করিবে যে, কর্ত্তিত অংশের নিম্ন দিয়া গমন করে অথচ মূত্রাশয়ের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে প্রবিষ্ট না হয়। এই ভাবে সূচিকা চালিত করিয়া শোষ ঘায়ের মুখের অল্প বাহ্যাংশে সূচিকা বহির্গত করিয়া তাহার বিপরীত পার্শ্বের তদ্রূপ স্থানে পুনর্ব্বার কর্ত্তিত প্রদেশের অভ্যন্তর দিয়া সূচিকা চালিত করিয়া প্রথমে কর্ত্তনের কিনারা হইতে বাহ্য পার্শ্বে যত ব্যবধানে সূচিকা প্রবেশ

১৮৫তম চিত্র।—যোনি প্রাচীরের মূত্র সংশ্লিষ্ট শোষ ঘায়ের পার্শ্বস্থিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি কর্ত্তন করার পর সূত্র প্রবেশ করাইয়া বন্ধন করার প্রতিকৃতি।

করান হইয়াছিল, এই বিপরীত পার্শ্বেও তদ্রূপ স্থানে সূচিকা বহির্গত করিয়া ফোঁপা-তার হইতে সূচিকা খুলিয়া লইয়া তারের উভয় অন্ত আকর্ষণ করতঃ উপযুক্ত ভাবে প্রবিষ্ট হইল কি না, তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখিবে। এই প্রণালীতে ক্রমে ক্রমে এত ব্যবধানে—পর পর সূত্র প্রবেশ করাইবে যে, এক ইঞ্চ স্থান মধ্যে ৪।৫ খণ্ড সূত্রের স্থান সঙ্কুলন হইতে পারে। সিভলহোলডার দ্বারা সঞ্চাপ দিলেও যদি সহজে সূচিকার অন্ত বহির্গত না হয়, তবে যে স্থানে সূচিকার অন্ত বহির্গত হইবে, সেই স্থানে স্থূলাগ্র হুক দ্বারা বিপরীত দিকে সঞ্চাপ দিলে সহজেই সূচিকার অন্ত

১৮৬তম চিত্র।—সীবন সময়ে সূচিকার অন্ত সহজে বহির্গত না হইলে হুক দ্বারা প্রতিসঞ্চাপ প্রদান করার প্রণালী।

বহির্গত হইতে পারে। টেনাকিউলম দ্বারা তৎস্থান স্থিরভাবে রাখিতে হয়। আব-শ্যক হইলে ফরসেপস্ দ্বারা সূচিকার অন্ত ধরিয়া আকর্ষণ করিলেও সহজে সূচিকা বহির্গত হইতে পারে। কেহ কেহ বাহ্য ও গভীর দুই স্তরে সেলাই করেন।

চতুর্থাবস্থা, শোষক্ষতের মুখ বন্ধ ও সূত্রে গ্রন্থিবন্ধন।—সমস্ত অংশে যথোপযুক্ত ভাবে সূত্র প্রবেশ করান হইলে পচন নিবারক জলসিক্ত স্পঞ্জ দ্বারা পুনর্ব্বার পরিষ্কার করিবে এবং সূচিবিদ্ধ স্থান হইতে শোণিত স্রাব হইতে থাকিলে তাহা বন্ধ ও সংবদ্ধ শোণিত চাপ ইত্যাদি উত্তমরূপে পরিষ্কার করিয়া অঙ্গুলীর সঞ্চাপে কর্ত্তিতের উভয় পার্শ্ব একত্রে সম্মিলিত করিয়া দেখিবে যে, তাহা উত্তম রূপে সম্মিলিত হয় কি না। পরিশেষে এক এক তারের উভয় অন্ত একত্র করিয়া কইলের ও ছিদ্র যুক্ত শটের (Coil and shot) অর্থাৎ গুলির মধ্য দিয়া প্রবেশ করাইয়া গুলির অপরদিকে বহির্গত করিবে। সঞ্চাপ ফরসেপস্ দ্বারা উক্ত গুলি চাপিয়া এমত ভাবে স্থাপন করিবে যে, কর্ত্তিতের উভয় পার্শ্ব পরস্পর সম্মিলিত হইতে পারে। পরিশেষে আরোও সঞ্চাপ দিয়া তারসহ গুলি

আবদ্ধ করিয়া দিলেই তাহা খলিত হইতে পারে না। অনেকে ওয়ারটুইষ্টার দ্বারা তার মোচড়াইয়া দেন। কেহ বা অন্য প্রণালীতে আবদ্ধ করেন। তার মোচড়ানের সময়ে তাহা অত্যন্ত কষা না হয়, তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখা উচিত। গ্রন্থিবন্ধন শেষ হইলে মূত্রাশয়ের মধ্যে রঞ্জিন জলের পিচকারী প্রয়োগ করিয়া দেখিতে হয় যে, রন্ধ্র সম্পূর্ণ বন্ধ হইল কি না।

১৮৭তম চিত্র।—ওয়ারটুইষ্টার দ্বারা রৌপ্যতার মোচড়ানের প্রণালী।

পশ্চাদবস্থা, পরবর্ত্তী চিকিৎসা।—গ্রন্থিবন্ধন শেষ হইলে পুনর্ব্বার পচননিবারক জল দ্বারা যোনি পরিষ্কার করতঃ আইওডোফরম চূর্ণ প্রক্ষেপ এবং পশ্চাৎ যোনি প্রাচীরের ঘর্ষণ নিবারণ জন্য আইওডোফরম গজ স্থাপন করিবে। পরন্তু এই গজ যোনির ও জরায়ুর স্রাব শোষণ করিতে পারে। বিশেষ ঘটনা উপস্থিত না হইলে এই গজ কয়েক দিবস পরিবর্ত্তন না করিলেও চলিতে পারে। কোষ্ঠ বদ্ধ রাখার জন্য অহিফেন প্রয়োগ করিতে হয়। কেহ কেহ ৪।৫ ঘণ্টার পর ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করান, কেহ বা স্বতঃই আবদ্ধ থাকে—এমত ক্যাথিটার স্থাপন করেন। এই ক্যাথিটার প্রয়োগ করিলে মধ্যে মধ্যে পচন নিবারক জলের মৃদু পিচকারী প্রয়োগ করিয়া ক্যাথিটারের মুখ বদ্ধ হইল কিনা, তৎপ্রতি দৃষ্টি রাখিতে হয়। দশদিবস পর সূত্র কর্ত্তন এবং ক্যাষ্টরঅইলের এনিমা প্রয়োগ করিতে হয়। তিন সপ্তাহ পর্য্যন্ত রোগিণীকে শয্যাগত থাকিতে হয়। সেলাই কর্ত্তন করার পরেও দুই দিবস ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করান উচিত। আরোগ্যার্থ উপযুক্ত সময় অতীত হওয়ার পর যদি অতি সূক্ষ্ম রন্ধ্র বর্ত্তমান থাকে, তবে সেই স্থানে কষ্টিক পেনসিল সংলগ্ন করিয়া পুনর্ব্বার ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করাইতে আরম্ভ করিবে। ইহাতেও রন্ধ্রমুখ বন্ধ না হইলে একমাস পর পুনর্ব্বার অস্ত্র করা উচিত।

সামান্য দোষ না হইলে সাধারণ টেনোটোমী ছুরিকা, কঞ্চাই-

তার কয়সেপস্, সাধারণ বক্র সূচিকা এবং বালামচী মাত্র সম্বল লইয়া অস্ত্রোপচারে সুফললাভ করা যাইতে পারে। আবার বিশেষ সতর্ক হইয়া বিবিধ উপকরণ লইয়া ৩।৪ বার অস্ত্রোপচার করা স্বত্বেও সুফল হইতে দেখা যায় না। এই শ্রেণীর অস্ত্রোপচারের ইহাই প্রধান বিঘ্ন।

সাধারণতঃ বাজারে খেলানার দোকানে যে রবারের বেলুন ক্রয় করিতে পাওয়া যায়, তাহা বায়ু শূন্য করিয়া শোষ ঘায়ের পথে মূত্রাশয় মধ্যে প্রবেশ করাইয়া তৎপর পচন নিবারক জল পূর্ণ করিলে মূত্রাশয় প্রসারিত হওয়ায় যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি কর্ত্তন করা অপেক্ষাকৃত সহজ সাধ্য হইতে পারে। কিন্তু বিশেষ আবশ্যক না হইলে এই প্রণালীতে মূত্রাশয় প্রসারিত করা অনুচিত।

সরলান্ত্রযোনি সংলগ্ন শোষ ঘা (Recto vaginal fistula) নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। যোনি মধ্যে মল বা তৎদুর্গন্ধযুক্ত বায়ুর অবস্থান—ইহার বিশেষ লক্ষণ।

পূর্ব্বোক্ত প্রণালীতেই রোগিণীকে প্রস্তুত এবং স্থাপন করিয়া পশ্চাৎ যোনি প্রাচীরের শোষ ঘায়ের মুখ বন্ধ করিতে হয়। সরলান্ত্রের মধ্যে—ঊর্দ্ধাংশে স্পঞ্জ প্রবেশ করাইয়া রাখিলে অস্ত্রোপচার সময়ে মল নির্গত হওয়ার আশঙ্কা তিরোহিত হয়। ভেসিকো-ভেজাইন্যাল কিস্চুলার অস্ত্রোপচারের প্রণালীতে যোনির পশ্চাৎ প্রাচীরে অস্ত্রোপচার করিতে হয়। আবশ্যক বোধ করিলে প্রথমেই মলদ্বার প্রসারিত করা উচিত। ভকবিল স্পেকুলম প্রবেশ করাইলে রন্ধ্র উত্তমরূপে দৃষ্টিগোচরে আইসে। লসনটেটের পেরিনিওরাফী—অস্ত্রোপচারের প্রণালীতে অস্ত্রোপচার করা কর্ত্তব্য। সূত্র বন্ধন সময়ে রন্ধ্রের পার্শ্বদ্বয় সম্মিলিত হইল, কি না, দেখা উচিত। অবস্থানুসারে সম্পূর্ণ বা অসম্পূর্ণ বিটপীবিদারণের অনুরূপ প্রণালীতে অস্ত্রোপচার বিধেয়। কেহ কেহ রন্ধ্রের নিম্নাংশ হইতে উর্দ্ধাংশ পর্য্যন্ত যোনির শৈষ্মিক ঝিল্লি সরলান্ত্র

হইতে বিযুক্ত করিয়া ফ্ল্যাপ প্রস্তুত করিয়া সেলাইয়ের দ্বারা প্রথমে সরলান্ত্রের প্রাচীরের রন্ধ্র বন্ধ করেন; তৎপর উভয় প্রাচীর একত্র করিয়া পুনর্ব্বার সেলাই করেন। প্রথমোক্ত সেলাই গভীরস্তরস্থিত সেলাই নামে উক্ত হয়।

অস্ত্রোপচার শেষ হইলে সরলান্ত্র মধ্যে মর্ফিয়াআইডোফরম সপোজিটরী প্রয়োগ করিবে। দুই সপ্তাহ কাল মল বদ্ধ থাকে এমত ভাবে অহিফেন এবং পথ্য প্রয়োগ করা উচিত। কেহ কেহ এনিমা দ্বারা প্রত্যহ মলভাণ্ড পরিষ্কার করিতে উপদেশ দেন।

জরায়ুগ্রীবা মূত্রাশয় সম্মিলিত শোষ ঘা (Vesico-cervical Fistula) হইলে জরায়ুগ্রীবায় ভলসেলা বিদ্ধ করিয়া নিম্নে আনয়ন করতঃ গ্রীবার সম্মুখে—সম্মুখের যোনি প্রাচীরে প্রায় দেড়ইঞ্চ অনুপ্রস্থ কর্ত্তন করিয়া গ্রীবা ও মূত্রাশয়ের মধ্যস্থিত কৌষিক বিধান অঙ্গুলী দ্বারা বিযুক্ত করিলে গ্রীবা হইতে মূত্রাশয় পৃথক্ হইবে। এইস্থানে শোষ ঘায়ের জন্ত কঠিন বিধান বর্ত্তমান থাকিলে, তাহা কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করা উচিত। শোষ ঘায়ের উর্দ্ধাংশ পর্য্যন্ত বিযুক্ত হইলে মূত্রাশয়ের প্রাচীরের রন্ধ্র সেলাই দ্বারা বন্ধ করিতে হয়। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদেশ মূত্রাশয় গহ্বরের অভিমুখে রাখিয়া সেলাই করা উচিত। পরিশেষে কর্ত্তিত প্রদেশ সম্মিলিত করিয়া পুনর্ব্বার সেলাই করিতে হয়। মূত্রনালী পথে ফরসেপস্ প্রবেশ করাইয়া তদ্দ্বারা প্রথমোক্ত সেলাইয়ের সূত্র আকর্ষণ করিলে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির প্রদেশ সহজেই মূত্রাশয়ের অভ্যন্তরাভিমুখে চালিত হইবে। গ্রীবার রন্ধ্রের সেলাই করা নিষ্প্রয়োজন। কর্ত্তিত অংশে—জরায়ু ও মূত্রাশয় মধ্যে আইওডোফরমগজ ও যোনিমধ্যে ট্যাম্পন স্থাপন কর্ত্তব্য। গ্রীবার উর্দ্ধাংশে শোষ ঘা দ্বারা জরায়ুগহ্বর এবং মূত্রাশয় সম্মিলিত হইলে উদরগহ্বর উন্মুক্ত করিয়া অস্ত্রোপচার করিতে হয়। কিন্তু তাদৃশ ঘটনা অতি বিরল।

ভেসিকো-ভেজাইন্তাল, ভেসিকো ইউটিরাইন ইত্যাদি বিভিন্ন প্রকৃতির ফিশ্চ্যুলা—ক্ষুদ্র, বৃহৎ, বক্র ইত্যাদি নানারূপ হইতে পারে। নানা প্রকার অস্ত্রচিকিৎসা প্রণালীও প্রচলিত আছে। কিন্তু এই ক্ষুদ্র পুস্তকে তদ্বর্ণনার স্থানাভাব।

চতুর্ত্রিংশ অধ্যায়।

বিকৃত জননেন্দ্রিয়।

(Malformations of the Genital organs.)

জননেন্দ্রিয়ের নানা প্রকৃতির বিকৃত অবস্থা পরিলক্ষিত হইয়া থাকে। কিন্তু এই ক্ষুদ্র পুস্তকে তাহার প্রত্যেকের বিবরণ প্রদান করা অসম্ভব। তজ্জন্য কেবল মাত্র কয়েকটী বিকৃতাবস্থার সংক্ষিপ্ত বিবরণ উল্লিখিত হইল।

১। অণ্ডাশয়।—উভয় অণ্ডাশয় অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিত হইতে পারে। অণ্ডাশয় না থাকাও অসম্ভব নহে। কিন্তু তাহা নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। আর্ত্তবস্রাবাভাব ইহার একমাত্র লক্ষণ। অণ্ডবহা নল বিকৃত, অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিত কিম্বা অভাব হইতে পারে।

অণ্ডাশয় পরীক্ষা করিতে হইলে রোগিণীর চৈতন্যহরণ করতঃ উত্তান ভাবে স্থাপন করিয়া এক হস্তের অঙ্গুলী দ্বারা তলপেটে এবং অপর হস্তের তর্জ্জনী ও মধ্যমাঙ্গুলী সরলান্ত্র মধ্যে প্রবেশ করাইয়া পরীক্ষা করিতে হয়। যে পার্শ্বের অণ্ডাশয় পরীক্ষা করিতে হইবে। চিকিৎসক সেই পার্শ্বে অবস্থান করতঃ সেই পার্শ্বের হস্তের অঙ্গুলীদ্বয় সরলান্ত্র মধ্যে প্রবেশ করাইলে পরীক্ষা কার্য্যের সুবিধা হয়। উভয় হস্তের মধ্যে জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ স্থির করিয়া ক্রমে বাহ্যদিকে অঙ্গুলী সরাইয়া লইয়া

অণ্ডবাহনল এবং অণ্ডাশয়ের রজ্জুর আরম্ভস্থান হইতে স্পর্শ করিলে উহা দড়ার অনুরূপ অনুভূত হইবে, তৎপর উক্ত দড়ার অনুসরণ করতঃ

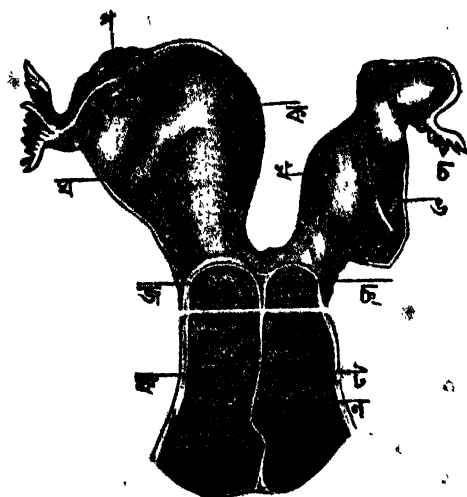
১৮৮তম চিত্র।—সরলান্ত্রে এবং তলপেটে অঙ্গুলীর সন্তাপ দিয়া পরীক্ষা করা প্রণালীর প্রতিকৃতি।

ক্রমে অঙ্গুলী আরোও চালিত করিলে অণ্ডাশয় অনুভব করা যাইতে পারে। এই প্রণালীতে উভয় পার্শ্বের অণ্ডাশয়ের স্থান নির্ণীত হইলে,—অণ্ডাশয় বর্তমান আছে কিনা, বর্তমান থাকিলে তাহা উপযুক্ত পরিমাণ বর্দ্ধিত হইয়াছে, কিম্বা অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিতাবস্থায় রহিয়াছে, তাহা স্থির করিতে হয়। এক পার্শ্বের অণ্ডাশয় সম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিত এবং অপর পার্শ্বের অণ্ডাশয় অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিত কিম্বা অভাব হইতে পারে। এরূপ ঘটনায় স্ত্রীলোক বন্ধ্যা না হইতে পারে। কিন্তু উভয় পার্শ্বের অণ্ডাশয়ের অভাব কিম্বা বাল্যাবস্থায় অনুরূপ অবস্থায় থাকিলে স্ত্রীলোক বন্ধ্যা হয়। অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিতাবস্থা নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। এবং কিরূপ অসম্পূর্ণ, পরিবর্দ্ধিত হইলে আর্ত্তব স্রাবের, কামপ্রবৃত্তির এবং উৎপাদিকা শক্তির অভাব হয়, তাহাও অনিশ্চিত।

২। জরায়ুর অভাব, অসম্পূর্ণাবস্থা কিম্বা বিকৃত গঠন অপেক্ষাকৃত সহজেই স্থির করা যায়। কোন কোন বিকৃতাবস্থায় জরায়ুর কার্য্যের বিঘ্ন হয়, আবার কোন স্থলে বা বিকৃত গঠন স্বত্বেও সন্তান হইতে দেখা যায়। জরায়ুর অভাব হইলে অন্ত্রাবরক ঝিল্লি পুরুষের অনুরূপ মূত্রাশয় হইতে সরলান্ত্রে গমন করে, জরায়ুর স্থানে কিছুই থাকে না। উভয় হস্তের পরীক্ষায় জরায়ুর স্থান শূন্য বোধ হয়, এইরূপ অবস্থাতেও স্তন এবং যোনি ইত্যাদি অঙ্গ সম্পূর্ণ বর্দ্ধিত হয়, কিন্তু আর্ত্তবস্রাব হয় না। লেখক এইরূপ দুইটী স্ত্রীলোকের বিষয় অবগত আছেন। কখন বা জরায়ুর স্থানে কেবলমাত্র V আকৃতির পৈশিক ও সংযোগ বিধান বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায়। উভয় হস্তের পরীক্ষায় এই অবস্থা স্থির করা অত্যন্ত কঠিন। জরায়ুর অসম্পূর্ণ বর্দ্ধন কিম্বা অভাব হইলে অণ্ডাশয় ও নলের তদ্রূপাবস্থা হইতে দেখা যায়। কিন্তু কদাচিৎ নলের বাহ্য অংশ এবং অণ্ডাশয় স্বাভাবিক আয়তনেও থাকিতে পারে। যোনি—বাহ্য জননেন্দ্রিয় কখন বিকৃত—অসম্পূর্ণ এবং কখন বা স্বাভাবিক হইতে দেখা যায়। যোনি নাই—জরায়ুর মুখ সরলান্ত্রে উন্মুক্ত, এ অবস্থাতেও অন্তঃস্বত্বা হওয়ার বিবরণ লিপিবদ্ধ দেখা যায়। জরায়ুর পরিবর্ত্তে তৎস্থান সৌত্রিক বিধান দ্বারা পরিপূর্ণ—অভ্যন্তরে গহ্বর নাই কিম্বা জরায়ু শিশুকালের অবস্থাতেই—যোণা ধরিয়া রহিয়াছে। এরূপ দৃষ্টান্ত প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায়।

৩। যোনি সম্পূর্ণ—জরায়ুর একপার্শ্ব পরিবর্দ্ধিত, অপরার্দ্ধ অসম্পূর্ণ। প্রাচীর দ্বারা যোনি সমদ্বিভাগে বিভক্ত—দ্বিযোনি—এক এক যোনির শেষ হইতে শৃঙ্গবৎ জরায়ু। যোনি এক—জরায়ু গহ্বর প্রাচীর দ্বারা দুই ভাগে বিভক্ত। এক জরায়ু—দুই যোনি—এই জরায়ু এবং যোনি গহ্বরের মধ্যস্থিত প্রাচীর—সমস্ত গহ্বর, গহ্বরের অর্দ্ধাংশ কিম্বা সামান্য মাত্র অংশ দুই ভাগে বিভক্ত করিতে পারে। একই স্থানে দুই জরায়ু ও

দুই যোনি বর্ত্তমান থাকায় এমত ঘটনা উপস্থিত হইয়াছে—এক প্রসূতির প্রসব কার্য্যে আহূত হইয়া এক চিকিৎসক বলিয়াছেন যে, প্রসব হইতে অল্প মাত্র বিলম্ব আছে, সেই স্থলে তাহার অল্প পরেই অপর চিকিৎসক উপস্থিত হইয়া বলিয়াছেন যে, অন্তঃস্বত্বা নহে, উদরে কোন পীড়া হইয়াছে। এক এক চিকিৎসক এক এক যোনি পরীক্ষা করিয়া যে উক্ত বিভিন্ন মত প্রকাশ করিয়াছেন; তাহা সহজেই হৃদয়ঙ্গম হইতে পারে।

জরায়ু ও যোনি দুই ভাগে বিভক্ত হইলে অনেকস্থলেই উভয় অংশই অস্বাভাবিক হইতে দেখা যায়। নিম্নে ঐরূপ অস্বাভাবিক দ্বিজরায়ু ও দ্বিযোনির চিত্র প্রদর্শিত হইল।

১৮৯তম চিত্র।—ডাইডেলফাইন জরায়ু। যোনিপথদ্বয় অসম্পূর্ণ প্রাচীর দ্বারা দুই ভাগে বিভক্ত। ক—দক্ষিণার্দ্ধ, খ—বামার্দ্ধ, গ, ঘ—দক্ষিণ অণ্ডাধার ও রাউণ্ড লিগামেন্ট, ঙ বাম অণ্ডাধার ও রাউণ্ড লিগামেন্ট, চ অণ্ডবহানল, ছ বামজরায়ুগ্রীবা, জ দক্ষিণ জরায়ুগ্রীবা, ঝ—দক্ষিণ যোনি, ট—বাম যোনি। ণ—অসম্পূর্ণ প্রাচীর।

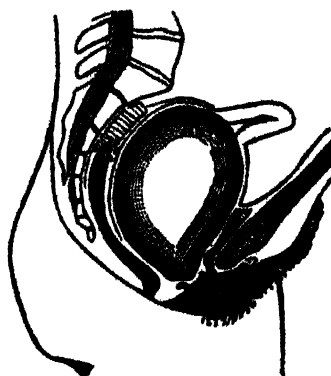
হারমেফ্রোডাইটিজম (Hermaphroditism) শব্দের অর্থ সর্ব্বাঙ্গসম্পন্ন স্ত্রী ও পুংলিঙ্গ বিশিষ্ট মানব। কিন্তু ইহা অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। জননেন্দ্রিয়ের নানারূপ আজন্মিক বিকৃতি পরিলক্ষিত হয়—পুং ইন্দ্রিয়ের মুষ্ক অভ্যন্তরে অবস্থিত, মুষ্কত্বক্ মধ্যস্থলে দুই ভাগে বিভক্ত,—দৃশ্যে লেবিয়া দ্বয়ের অনুরূপ, শিশ্ন অত্যন্ত ক্ষুদ্র—তন্মুখ মুষ্ক ত্বকে সংলগ্ন, এবং স্তন বৃহৎ হইলে স্ত্রী জননেন্দ্রিয়ের সহিত ভ্রম হইতে পারে। ইহার বিপরীত স্ত্রী ইন্দ্রিয়—পার্শ্বস্থিত লেবিয়াদ্বয় সংলিপ্ত,—লেবিয়া মধ্যে অণ্ডাশয় স্থান ভ্রষ্ট—দৃশ্যে মুষ্কের অনুরূপ, এবং ক্লাইটোরিস অত্যন্ত বৃহৎ হইলে পুংইন্দ্রিয়ের সহিত ভ্রম হইতে পারে। অভ্যন্তরে জরায়ু ও যোনি এবং বাহ্যে শিশ্ন ও মুষ্ক থাকিতে পারে। এইরূপ হইলে কোন ইন্দ্রিয়ই পরিপুষ্ট হইতে পারে না, সুতরাং জনন শক্তি থাকে না। ইহা সিউডো-হারমেফ্রোডাইটিজম নামে উক্ত হয়।

অণ্ডাশয়ের অভাব কিম্বা অত্যন্ত ক্ষুদ্র—অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধিত, জরায়ুর অভাব কিম্বা অত্যন্ত ক্ষুদ্রতার জন্ত আর্ত্তবস্রাব হয় না, কাহারও বা সামান্ত আর্ত্তবস্রাব হয়—আর্ত্তবস্রাব সময়ে অত্যন্ত বেদনা হয়—জরায়ু এত ক্ষুদ্র যে, তাহা বালিকার জরায়ুর (Uterus foetalis or infantiles) অনুরূপ অবস্থায় থাকে। এই প্রকৃতির বিস্তর রোগিণী আর্ত্তবস্রাব এবং সন্তান হওয়ার চিকিৎসার জন্ত চিকিৎসাধীনে আইসে সত্য কিন্তু চিকিৎসায় কোন উপকার হওয়া অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না।

জরায়ু এবং যোনির রন্ধ্র—নানা প্রকৃতিতে অবরুদ্ধ হইতে পারে। আজন্ম বিকৃত গঠন কিম্বা পরবর্ত্তী কোন ঘটনা—প্রসব, প্রদাহ, দগ্ধ, ক্ষত এবং কর্ত্তন ইত্যাদি কারণে ঐরূপ অবস্থা উপস্থিত হইতে

পারে। সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ—স্থূল সতীচ্ছদ, যোনির অবরোধ কিম্বা জরায়ুর অবরোধ জন্ত আর্ত্তব শোণিত নিঃসৃত হইয়া সঞ্চিত হয়—বহির্গত হইতে পারে না।

আর্ত্তবস্রাব অবরুদ্ধ হইয়া থাকিলে মাসে মাসে আর্ত্তব-স্রাবের সময়ে বেদনা হয়, তলপেটের নিম্নাংশে তরল পদার্থ পূর্ণ স্ফীততা অনুমিত হইতে পারে, প্রতি মাসে এই স্ফীততা ক্রমে ক্রমে বৃদ্ধি পায়। প্রথমে সামান্ত স্ফীত হয়, তজ্জন্ত রোগিণী তাহা লক্ষ্য করে না, বেদনা কচিৎ নাও থাকিতে পারে। সঞ্চিত শোণিতের পরিমাণের উপর স্ফীততার আয়তন নির্ভর করে। স্ফীততা বস্তি-গহ্বরের উপরে উঠিলে যদি যোনি পরীক্ষা করা যায়, তবে অনুপ্রস্থ প্রাচীরের দ্বারা যোনি গহ্বর অবরুদ্ধ দেখা যায়, অবিভক্ত স্থূল হাইমেন দ্বারা যোনি মুখ আবৃত থাকিতে পারে কিন্তু অধিকাংশস্থলে হাইমেন অপেক্ষা উচ্চে—অপর একটী প্রাচীর দ্বারা আবৃত থাকে, যোনিমুখে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া স্পর্শ করিলে—বহিরন্মুখিনী—টন্‌টনে—স্থিতি স্থাপক স্ফীততা অনুমিত হয়। অঙ্গুলী দ্বারা ওষ্ঠদ্বয় ফাঁক করিয়া দেখিলে উক্ত স্ফীত স্থান ঈষৎ নীলবর্ণ বোধ হয়। সমস্ত যোনিগহ্বর সংযোগ বিধান দ্বারা আবৃত থাকাও অসম্ভব নহে। উক্ত স্ফীততা যোনি গহ্বরের ঊর্দ্ধে অবস্থিত হইলে জরায়ু গহ্বরে শোণিত সঞ্চিত আছে, এইরূপ অনুমান করা যাইতে পারে। যোনিগহ্বর শোণিতপূর্ণ থাকিলে স্ফীততা যত যোনিমুখ পর্য্যন্ত আইসে, জরায়ুমধ্যে শোণিত সঞ্চিত থাকিলে প্রথমে তত নিম্নে আইসে না। জরায়ুমধ্যস্থিত সঞ্চিত শোণিতের তরল পদার্থ আংশিক শোষিত হওয়ায় অবশিষ্ট অংশ তরল চিটাগুড়ের অনুরূপ প্রকৃতি ধারণ করে, এতন্মধ্যে সংযত শোণিতচাপ বর্ত্তমান থাকে না। ফেলোপিয়ন নল মধ্যেও শোণিত প্রবিষ্ট হইতে পারে। সূক্ষ্ম নলের অভ্যন্তর পথে—পেরিটোনিয়ম

গহ্বরে আর্ত্তব শোণিত প্রবিষ্ট হইলে তাহা শোষিত হইতে পারে। কিন্তু প্রদাহ জন্য নলের মুখ আবদ্ধ থাকিলে ঐরূপে শোণিত প্রবিষ্ট হয় না। দ্বিযোনি স্থলে এক যোনিতে শোণিত সঞ্চিত ও অপর যোনি সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ থাকিতে পারে। কখন কখন যোনিদ্বার এত সংকীর্ণ থাকে যে, তন্মধ্যে অঙ্গুলীও প্রবিষ্ট হয় না। আর্ত্তব শোণিত রোধ জন্য জরায়ু শূল, মলমূত্রাশয়ের উত্তেজনা—মূত্রাবরোধ হইতে দেখা গিয়াছে। দীর্ঘকাল আবদ্ধ থাকার ফলে অভ্যন্তরে প্রদাহ, শোণিত স্রাবের

* ১২৯তম চিত্র।—*যোনিদ্বারের অবরোধ জন্য হিমেটোকল্পস অর্থাৎ যোনিগহ্বরে আর্ত্তব শোণিতের অবরোধ।

লক্ষণ—ত্বক্ শীতল, নাড়ী দ্রুত, কম্প, বমন, নিম্নোদরে প্রবল বেদনা দৈহিক উত্তাপবৃদ্ধি, পেরিমিট্রাইটিস, পেরিটোনাইটিস, বস্তি গহ্বরে শোণিতস্রাব, এবং পরিশেষে শোণিত দুষ্টতার লক্ষণ উপস্থিত হওয়া অসম্ভব নহে।

হিমেটোকল্পস।—(Hæmatocolpos) অর্থ কেবলমাত্র যোনি-গহ্বরে শোণিত সঞ্চিত থাকা। যোনিগহ্বরের নিম্নাংশ অবরুদ্ধ কিম্বা

অবিভক্ত হাইমেন জন্ত এইরূপে শোণিত সঞ্চিত হয়। শোণিত সঞ্চয়ে জরায়ু ঊর্দ্ধে উত্থিত হয়। জরায়ুর বাহ্যমুখ বিস্তৃত হয়।

হিমেটোমেট্রা (Hæmatometra) অর্থাৎ জরায়ুগহ্বরে সঞ্চিত শোণিত আবদ্ধ হইয়া থাকা। যোনির সম্পূর্ণ অভাব কিম্বা জরায়ুমুখ সম্পূর্ণরূপে বন্ধ থাকিলে এই পীড়া উপস্থিত হয়। জরায়ুগহ্বর ক্রমে ক্রমে প্রসারিত ও তাহার প্রাচীর স্থূল হইতে থাকে। গ্রীবার ও দেহের প্রাচীরের কোন পার্থক্য থাকে না, কিন্তু কেবলমাত্র গ্রীবার অভ্যন্তর মুখ বদ্ধ থাকিলে গ্রীবার এইরূপ পরিবর্ত্তন উপস্থিত হয় না।

নির্ণয়—এই অবস্থা নির্ণয় করিতে বিশেষ গোলযোগ উপস্থিত হয় না। যোনি মধ্যে আবদ্ধ শোণিত থাকিলে তরল পদার্থ পূর্ণ বহির্মুখিনী স্ফীততা সহজেই অনুমিত হইতে পারে। যোনির ঊর্দ্ধে আবদ্ধ থাকিলে অর্ব্বুদের অবস্থান, রোগিণীর বয়স, এবং অণ্ডাশয়ের অর্ব্বুদের অনুরূপ সঞ্চালনের অভাব স্থির করিলেই পীড়ার প্রকৃতি স্থির হইতে পারে। আর্ত্তব স্রাবের অভাব জন্ত যে বয়সে এইরূপ রোগিণী চিকিৎসাধীনে আইসে এবং যেরূপ ইতিবৃত্ত বর্ণনা করে, তাহাতেই প্রকৃত অবস্থা অবগত হওয়া যায়। কেবলমাত্র গ্রীবার অভ্যন্তর মুখ বদ্ধ থাকার জন্ত জরায়ুগহ্বরে আর্ত্তব শোণিত সঞ্চিত হইলে অন্তঃসত্বাবস্থার সহিত ভ্রম হইতে পারে। তদ্ব্যতীত অপর কোন অর্ব্বুদ ঐ বয়সে কদাচিৎ হয়। কোন পীড়ার সহিত সন্দেহ হইলে সেই পীড়ার লক্ষণ মিল করিয়া দেখিলেই সন্দেহভঞ্জন হইতে পারে।

ভাবিফল—আর্ত্তব শোণিত আবদ্ধ থাকিলে কদাচিৎ আপনা হইতে আরোগ্য হইতে পারে। স্বতঃ বিদীর্ণ হওয়া অতি বিরল এবং তদ্রূপ হইলে অসম্পূর্ণ আরোগ্য হওয়া অসম্ভব নহে। কিন্তু স্বতোৎপন্ন রন্ধ্র স্বতঃই বন্ধ হইতে দেখা যায়। সুতরাং পুনর্ব্বার শোণিত সঞ্চিত হইতে থাকে। যন্ত্রদ্বারে বিদীর্ণ হইলে পচনোৎপাদক রোগজীবাণু প্রবিষ্ট হইয়া

প্রদাহ হওয়ার পরে পাইওমেট্রা (Pyometra) কিম্বা পাইওকল্পস (Pyocolpos) রোগোৎপত্তি হইতে পারে। সন্নিকটবর্ত্তী অন্ত্রাভ্র পথে বিদীর্ণ হওয়াও অসম্ভব নহে। গুরূপাবস্থার পরিণাম কল মন্দ হওয়ার সম্ভাবনা।

চিকিৎসা—জননেন্দ্রিয়ের গুরুতর অস্ত্রোপচার জন্ম যে ভাবে রোগিণীকে প্রস্তুত করার বিষয় উল্লিখিত হইয়াছে, তদনুসারে রোগিণীকে প্রস্তুত করা কর্ত্তব্য, কারণ, এইরূপ অস্ত্রোপচারের পরিণামে দুইটী বিঘ্ন উপস্থিত হয়:—

১। বায়ু কিম্বা দূষিত পদার্থ প্রবিষ্ট হইলে প্রদাহ হইয়া অনিষ্ট হয়।

২। জরায়ু সবলে আকুঞ্চিত হইলে জরায়ুগহ্বরের শোণিত ঊর্দ্ধ-গামী হইয়া নলমধ্যে চালিত হইলে বিপদ হইতে পারে।

অস্ত্রোপচারের দুইটী উদ্দেশ্য:—

১। আবদ্ধ শোণিত বহির্গত করিয়া আর্ত্তবস্রাবের পথ প্রশস্ত করা।

২। ভবিষ্যতে সঙ্গমকার্য্যের বিঘ্নের প্রতিবিধানোপায় অবলম্বন।

অস্ত্রোপচারের পূর্ব্ব দিবস পচন নিবারক জল দ্বারা যোনিগহ্বর ধৌত করিয়া আইওডোফরম গজ দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিবে।

প্রায়শঃ যুবতীদিগের এইরূপ অস্ত্রোপচার করিতে হয় সুতরাং অচৈতন্য করিয়া উত্তানভাবে স্থাপন করতঃ অস্ত্রোপচার করাই উচিত।

১। যোনিমুখ অবরুদ্ধ থাকিলে সেই স্থান পচন নিবারক জল দ্বারা ধৌত করিয়া অবরোধক প্রাচীরের মধ্যস্থলে ছুরিকা দ্বারা ক্ষুদ্র কর্ত্তন করিয়া পচন নিবারক গজ দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিয়া দিলে শোণিত ধীরে ধীরে বহির্গত হইতে থাকে। শীঘ্র বহির্গত হওয়ার জন্ম সঞ্চাপ ইত্যাদি প্রয়োগ করা অনুচিত। পচন নিবারক গজ দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিলেই দূষিত পদার্থ প্রবিষ্ট হইতে পারে না।

এক কি দুই ঘণ্টার মধ্যে সমস্ত শোণিত বহির্গত হইয়া গেলে পূর্বোক্ত কর্ত্তন অনুপ্রস্থ এবং অনুলম্ব (+) অর্থাৎ আড়াআড়ীভাবে বর্দ্ধিত করিয়া অতি সাবধানে ধীরে ধীরে পচন নিবারক জল দ্বারা ধৌত করার পর আইওডোফরম গজ ট্যাম্পন দ্বারা গহ্বর পরিপূর্ণ করিয়া আরও পচন নিবারক তুলা স্থাপন করিয়া পটী বন্ধন করিবে। আরোগ্য না হওয়া পর্য্যন্ত প্রত্যহ ধৌত এবং ট্যাম্পন প্রয়োগ করিতে হয়।

২। যোনির অভাব জন্য হিমেটোমেট্রা হইলে কর্ত্তন করিয়া নূতন যোনি প্রস্তুত করার পর সঞ্চিত শোণিত বহির্গত করিতে হয়। হিমেটোমেট্রা সহ নল শোণিত পূর্ণ হইয়া প্রসারিত হইয়াছে কি না, তাহা স্থির করা উচিত। সরলান্ত্র, উদর এবং মূত্রাশয় প্রভৃতির পরীক্ষায় তাহা স্থির করা যাইতে পারে। কেবলমাত্র জরায়ু শোণিত পূর্ণ থাকিলে বর্ত্তুলাকার স্ফীততা এবং তাহার পার্শ্বের সম্মুখোর্দ্ধ হইতে আরম্ভ রজ্জুবৎ স্বাভাবিক নল অনুমিত হইতে পারে। নল শোণিতপূর্ণ হইয়া প্রসারিত হইলে বৃহৎ বর্ত্তুলের উভয় পার্শ্বে তাহাও অনুভব করা যায়।

নূতন যোনি প্রস্তুত করিতে হইলে মূত্রাশয় মধ্যে শলাকা এবং সরলান্ত্র মধ্যে সহকারীর তর্জ্জনী অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া তাহা স্থির রাখিতে হয়। সরলান্ত্র ও মূত্রনালীর মুখের মধ্যস্থলে—যোনির মুখের স্থানে কিম্বা অসম্পূর্ণ যোনির স্থানে বাম হস্তের তর্জ্জনী ও অঙ্গুষ্ঠ দ্বারা ত্বক্ সটান করিয়া রাখিয়া মধ্যস্থল দিয়া ঊর্দ্ধ ও সম্মুখাভিমুখে কর্ত্তন করিয়া যাইতে হয়। ছুরিকা দ্বারা কর্ত্তন করা যাইতে পারে। অনুপ্রস্থভাবে কর্ত্তন করিয়া ক্রমে গভীর স্তরে প্রবেশ করিয়া অঙ্গুলী দ্বারা সরলান্ত্র মূত্রনালীর মধ্যস্থিত বিধান বিযুক্ত করা সম্ভব হইলে অস্ত্র ব্যবহার করা অনুচিত। অবস্থা বিশেষে উভয়ই ব্যবহার করিতে হয়। এই কার্য্যের সময়ে মধ্যে মধ্যে পচন নিবারক জলসিক্ত বস্ত্র দ্বারা কর্ত্তিত স্থান পরিষ্কার করিতে হয়। এই প্রণালীতে কর্ত্তনপূর্ব্বক প্রসারিত জরায়ুর সন্নিকটে উপস্থিত হইলে তন্মধ্যে এসপিরেটিং সূচিকা বিদ্ধ করিয়া সূচিকার খাঁচপথে জরায়ুমধ্যস্থিত তরল পদার্থ বহির্গত হইতে দেখিলে উপযুক্ত স্থানে সমাগত হওয়া সমঝে যায়। তৎপর সূচিকার খাঁচ পথে ছুরিকা প্রবেশ করাইয়া অনুপ্রস্থ এবং অনুলম্ব অর্থাৎ

মুখ প্রস্তুত করিলেই অল্পে অল্পে তরল পদার্থ
নির্গত করার জন্য সকাশ প্রয়োগ করা অনুচিত ।
া রবারের ড্রেনপেপারী প্রবেশ করাইয়া নব
দ্বারা পরিপূর্ণ করিয়া দিবে ।

কৃত্ত (Artificial Vagina) করিতে হইলে
হাতে সঙ্কুচিত হইতে না পারে তদুপায় অবলম্বন
—লেবিয়া ইত্যাদি হইতে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি—ত্বক
্লাপ কর্তন করিয়া তাহা যোনিগহ্বর মধ্যে
্থিত হয় এমতভাবে সংস্থাপন করিতে হয় ।
রা ফ্ল্যাপ প্রস্তুত করিতে উপদেশ দেন । অভ্য-
ায়োডোফরমগজ দ্বারা গহ্বর পরিপূর্ণ করিয়া
প্রয়োগ করা উচিত । কোন কোন চিকিৎ-
সায় তাহা গহ্বর মধ্যে কর্তিত প্রদেশের
র পর উক্ত সেলাই কর্তন এবং সেতু মাস
ম ক্রমে অল্পে অল্পে কর্তন করেন । ইহা
োপচার নামে উক্ত হয় ।

রলান্ত্র ও মূত্রনালী আহত এবং
ন হইতে হয় । যোনির
হয় ।
ীতে সংস্থাপনে
রিতে হয় । পরিশেষে
রিতে, া, কি
করা উচিত ।
রোগিণীকে হিত চিকিৎসা
সর কর্তন ব্যত

স্থানে কর্তব্য ি
হইতে বহির্গত হ
যোনির ছিদ্র

লক্ষণ—প্রবেশিত বাহ্য বস্তু মসৃণ এবং কোমল হইলে দীর্ঘ কালেও কোন মন্দ লক্ষণ উপস্থিত না হইতে পারে। দীর্ঘকাল অবস্থিত হইলে চূর্ণকবৎ স্রাব ইত্যাদি দ্বারা আবৃত ও আবদ্ধ হইয়া থাকে। অনেক স্থলেই বাহ্য বস্তুর ঘর্ষণে প্রদাহ এবং ক্ষত হয়—পূয়মিশ্রিত স্রাব হইতে দেখা যায়। চুলের কাঁটার অনুরূপ কঠিন ও তীক্ষ্ণ পদার্থ কর্তৃক মূত্রাশয় প্রাচীর বিদ্ধ হওয়ার ফলে যোনি মধ্যে মূত্রসংশ্লিষ্ট শোষ ঘা হইতে দেখা গিয়াছে। যোনি মধ্যে দীর্ঘকাল বাহ্য বস্তু অবস্থানের ফলে দুর্গন্ধযুক্ত শ্বেতপ্রদর স্রাব প্রধান লক্ষণ। কদাচিৎ শোণিতরঞ্জিত স্রাব হইতে দেখা যায়। প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। বাহ্য বস্তু যেস্থানে অবস্থিত হয়, তাহার নিম্নাংশ সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। এইরূপ একটী রোগিণী বৎসরাধিক কাল চিকিৎসাধীনে থাকিয়াও তাহার পীড়ার প্রকৃত কারণ প্রকাশ করেনাই, অথবা মূল কারণ বিস্মৃতা হইয়া গিয়াছিল, তাহা বলা যায় না।

চিকিৎসা—বাহ্যবস্তু বহির্গত করাই চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য। পশ্চাৎ কুলডিস্তাক মধ্যে উক্ত পদার্থ বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা। স্পেকুলম প্রবেশ করাইয়া স্থানিক অবস্থা দর্শন করতঃ অঙ্গুলীর সাহায্যে ফরসেপ্স প্রবেশ করাইয়া বাহ্যবস্তু বহির্গত করিতে হয়। সৌত্রিক আবরণ দ্বারা আবৃত থাকিলে কাঁচি দ্বারা তাহাও কর্ত্তন করিতে হয়। পরিশেষে যোনি পরিষ্কার করিয়া পচন নিবারক ট্যাম্পন প্রয়োগ করা উচিত। প্রদাহ বিস্তৃত হইয়া মূত্রপথ ও পেশারীর আক্রান্ত হইলে তাহার যথাবিহিত চিকিৎসা করিবে।

যোনির আঘাতজ-ক্ষত।

(Wounds of the vagina)

প্রবল সঙ্গম, প্রসব এবং আঘাত ইত্যাদি কারণে যোনির ছিন্ন বিচ্ছিন্নতা হইতে পারে। যোনির তুলনায় শিশ্ন বৃহৎ হইলে প্রথম

সঙ্গম সময়ে হাইমেন এবং যোনি প্রাচীর ছিন্নবিচ্ছিন্ন হওয়ার সম্ভাবনা। সাধারণতঃ অল্প বয়স্কা বালিকার উপর বলাৎকার সম্পাদিত হইলে এরূপ ক্ষত হয়। এই বিষয়টী বৈদ্যিক ব্যবহার শাস্ত্রের অন্তর্গত সুতরাং এস্থলে আলোচনার বিষয়ীভূত নহে। সম্মতিক্রমে অনুপযুক্তস্থলে প্রবল সঙ্গমজনিত ক্ষত হেতু যোনিদ্বার যত আহত হয়, যোনি প্রাচীর তত আহত না হইতে পারে। কিন্তু এমনও দেখা গিয়াছে যে, সমস্ত প্রাচীর গভীরভাবে বিদীর্ণ হওয়ায় শোণিত স্রাবে বালিকার মৃত্যু হইয়াছে। ইরেক্‌টাইল টিসু ছিন্ন হওয়ার জন্যই সামান্য বিদারণেও অত্যধিক শোণিত স্রাব হয়। সাধারণ স্বাস্থ্য ভাল না থাকিলে সামান্য আঘাত জন্যও পূয়োৎপত্তি, পচন ইত্যাদি হইতে পারে। ক্ষত শুকের সঙ্কোচন জন্য যোনি দ্বার সঙ্কুচিত হওয়া অসম্ভব নহে। সাধারণ নিয়মে শোণিত স্রাব বন্ধ করিয়া পচন নিবারক প্রাণালীতে চিকিৎসা করিবে।

পঞ্চত্রিংশ অধ্যায়।

যোনিদ্বারের পীড়া।

(Affection of the vulva—এফেক্‌সন অফ্ দি ভলভা।)

যোনিদ্বার কণ্ডূয়ন।

(প্রুরাইটাস্ ভল্‌ভা—Pruritus vulva)

অস্মদ্দেশে যোনিদ্বার কণ্ডূয়ন পীড়া অতি বিরল। সহ্য শক্তির সীমা অতিক্রম না করিলে অত্যধিক লজ্জাশীলা ভারতললনা কণ্ডূয়নাদি পীড়ার যন্ত্রণার বিষয় কখন মুখব্যাদন করে না।

যোনিদ্বার এবং তাহার আশ পাশের কণ্ডূয়ন পীড়া আর্ত্তব স্রাবের অব্যবহিত পরে এবং রজনীতে যন্ত্রণাদায়ক হইয়া থাকে। কখন কখন কণ্ডূয়ন এত প্রবল হয় যে, রোগিণী অধৈর্য্য হইয়া চুলকাইতে থাকে, ইহার ফলে পীড়িত অংশ ছিন্নবিচ্ছিন্ন হয়। রজনীতে নিদ্রার বিঘ্ন হওয়ায় সাধারণ স্বাস্থ্য নষ্ট হওয়া অসম্ভব নহে। পীড়িত স্থানে পুরাতন প্রদাহের লক্ষণ—শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির স্থূলত্ব ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা। অধিকাংশ স্থলে অন্য মুখ্য পীড়ার গৌণ লক্ষণরূপে যোনি কণ্ডূয়ন উপস্থিত হয়।

কারণ—চাম উকুনাদি, ত্বক্ ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির পীড়া, উত্তেজক স্রাব, শৈরিক রক্তাধিক্য, এবং স্নায়বীয় পরিবর্ত্তন।

ত্বকে একপ্রকার উকুন জন্মে, ইহারা লোমমূলে অবস্থান করতঃ ডিম্ব প্রসব করে, ইহার উত্তেজনায় যোনিমুখের আশে পাশে অত্যন্ত কণ্ডূয়ন উপস্থিত হয়। পরিষ্কার করতঃ হাইড্রার্জ্জ এমোনিয়ো ক্লোরাইড মলম প্রয়োগ করিলে উপকার হইতে পারে। কার্ব্বলিক (১—৭) বা পারক্লোরাইড মারকিউরী দ্রব দ্বারা ধৌত করা আবশ্যক। কণ্ডূ কীট জন্য চুলকানী হইতে দেখা যায় কিন্তু তদ্রূপ চুলকানী কেবল যোনি দ্বারে সীমা বদ্ধ থাকে না। ওষ্ঠদ্বয়ের ভাঁজ মধ্যে ময়লা ইত্যাদি আবদ্ধ থাকিলেও চুলকানী হইতে পারে। অবিবাহিতা বালিকাদিগের এই প্রকৃতির পীড়া উপস্থিত হয়। পরিষ্কার করিলেই এইরূপ পীড়া আরোগ্য হয়। সূত্রখণ্ডবৎ কৃমির জন্যও চুলকানী হইতে দেখা গিয়াছে। যোনি মধ্যস্থিত পেশারীর উপাদান বিগলিত হইয়া যোনিমুখে কণ্ডূয়ন উপস্থিত করিতে পারে। এই সমস্তই আগন্তুক কারণ মধ্যে পরিগণিত। সামান্য প্রদাহ জন্য ক্ষত না হইয়া কেবলমাত্র চুলকানী হইতে পারে। মধু মূত্রপীড়ার জন্যও চুলকানী হয়। এই পীড়ায় ত্বকের প্রদাহ প্রবণতা বর্ত্তমান থাকে। সশর্কর মূত্রের উত্তেজনায় সামান্য প্রদাহ হইলে প্রথমে

কেবল মাত্র কণ্ডুয়ন উপস্থিত হয়। এইরূপস্থলে সার্ব্বাঙ্গিক এবং স্থানিক চিকিৎসা আবশ্যক।

স্রাবের উত্তেজনায় কণ্ডুয়ন উপস্থিত হওয়া সাধারণ ঘটনা। প্রমেহ, ক্যানসার, বা অন্য কারণে জরায়ু ও যোনির অভ্যন্তর হইতে নিঃসৃত স্রাব অধিক হইলেই যোনিদ্বারে কণ্ডুয়ন উপস্থিত হয়। এইরূপ চুলকানীর চিকিৎসার জন্য স্থানিক পচন নিবারক এবং অবসাদক ঔষধ ব্যবস্থা করিতে হয়। উষ্ণ গাঢ় বোরাসিক দ্রব দ্বারা ধৌত করিয়া ডারমেটোল সহ বোরাসিক চূর্ণ প্রক্ষেপ করিলে উপকার হইতে দেখা যায়। ইহাতে উপকার না হইলে যোনিমধ্যে ও জরায়ু গ্রীবায় জলমিশ্র কার্ব্বলিক এসিড তুলী দ্বারা প্রয়োগ করা উচিত।

শৈরিক রক্তাধিক্য জন্য কণ্ডুয়ন উপস্থিত হইলে সার্ব্বাঙ্গিক চিকিৎসা আবশ্যক। স্থানিক চিকিৎসায় সামান্যমাত্র উপকার হয়। গাঢ় বোরাসিক দ্রবের ডুস, কেডলোশন, বোরাসিক চূর্ণ, ডারমেটোল, ক্রিয়োলিন, বিস্মথ, ক্যালোমেল ইত্যাদির স্থানিক প্রয়োগ উপকারী।

স্নায়বীয় পরিবর্ত্তন জন্য কণ্ডুয়ন কেবল অধিক বয়সে হয়। ইহা অতি বিরল। পাণ্ডুরোগ, আমবাত, বাত, মূত্রযন্ত্রের পীড়া এবং অর্শঃ ইত্যাদি পীড়ায় কণ্ডুয়ন উপস্থিত হইতে দেখা যায়। কিন্তু তৎ সমস্ত উল্লেখ করা বাহুল্য।

পীড়ার কারণ স্থির করতঃ আবশ্যক হইলে আভ্যন্তরিক ঔষধ প্রয়োগ করিবে। যকৃতের ক্রিয়া বৃদ্ধির জন্য মৃদু পারদীয় ঔষধ, উদ্ভিজ্জ পিত্ত নিঃসারক, লাবণিক জল, এবং আর্সেনিক ইত্যাদি সাধারণ নিয়মে ব্যবহার করিতে হয়।

℞	ক্যালসিয়াই ক্লোরাইড্	...	grx
	টিংচার অরানসিয়াই	...	ʒi
	একোয়া ক্লোরফরম	...	℥i

এক মাত্রা। প্রত্যহ তিনবার সেবন করাইলে উপকার হয়।

স্থানিক ঔষধের মধ্যে ক্ষারজল সহ শ্বেতসারের মণ্ড মিশ্রিত করিয়া ধৌত, প্রতিগ্যালন জলে ʒii লাইকর কার্ব্বনিক ডিটারজেন্স, টার সোপ কিম্বা——

লোশন—হাইড্রোসিয়ানিক এসিড (mv—℥i), পারক্লোরাইড মার্কারী (১—৫০০০), তামাক জল (ʒi—oi), লেড লোশন (ʒii—℥x), ক্লোরাল (grx—℥i), কোকেন (শতকরা দশ), ক্লোরফরম (১ ভাগ ৭ ভাগ তৈল), মেন্থল (১ ভাগ ৭ ভাগ তৈল), লাইকর কার্ব্বণিক ডিটারজেন্স (ʒi—℥viii), একষ্ট্রা হিমিমেলিশ লিকুইড (℥i—℥viii), লোশিও নাইগ্রা ইত্যাদি।

মলম।—স্যালিসিলিক এসিড (grxx—℥i), সাইওনাইড পটাশ (grii—℥i), মর্ফিয়া (grv—℥i), কোকেন (grxx—℥i), বেলাডোনার সার (grxx—℥i), ওলিয়েট মার্কারী সহ মর্ফিয়া দিয়া ল্যানোলিন দ্বারা মলম। ইহার কোন একটী প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

নিম্নলিখিত ঔষধ উপকারী—

℞ জিঙ্ক অক্সাইড ... ʒii
ক্যালামিন পিউর ... ʒiv
গ্লিসিরিণ ... ʒii
একোয়া রোজ ... ℥viii
মিশ্রিত করিয়া লোশন।

℞ সলিউশন এক্থাইওল ʒiv
(শতকরা দশ)
অইল চাউল মুগরা · ʒii
ল্যানোলিন ... ℥i
একোয়া রোজ ... ʒi
বেঞ্জোয়েট মলম ... ʒiv
মলম

ক্ষারাক্ত এবং দুর্গন্ধ নাশক জল দ্বারা ধৌত করিয়া তুলাসহ উক্ত ঔষধ মিশ্রিত করিয়া যোনির ওষ্ঠ দ্বয়ের মধ্যে স্থাপন করতঃ T ব্যাণ্ডেজ দ্বারা বাঁধিয়া রাখিবে। ক্ষত থাকিলে সাবধানে উগ্র ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত।

যোনিদ্বারের প্রদাহ এবং ক্ষত।

(Inflammation and ulceration of the vulva)

যোনিদ্বারের প্রদাহ শ্রেণীর পীড়ার প্রধান লক্ষণ উত্তেজনা, কণ্ডূয়ন, ক্ষত এবং স্ফীততা, কিন্তু সাধারণতঃ ক্ষত চিকিৎসার জন্যই চিকিৎসাধীনে আইসে। অন্য বিষয়ে তত লক্ষ্য করে না।

সিবেসিয়স ফলিকলের প্রদাহ (Inflammation of Sebaceous follicles) বা সিবেসিয়স ভলভাইটিস্।—মুখমণ্ডলে যেমন বয়সব্রণ নির্গত হয়, যোনি মুখের পাশে পাশেও তদ্রূপ ব্রণ নির্গত হইতে দেখা যায়। তজ্জন্য ইহা ভলভার একন (Vulvar acne) নামেও উক্ত হয়। আরম্ভে প্রদাহের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে না, কেবলমাত্র গ্রন্থি মধ্যে তাহার স্রাব সঞ্চিত হওয়ার জন্য অল্প স্ফীত এবং কঠিন হয়। পরে প্রদাহ ও পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকে, কিন্তু কি কারণ বশতঃ ফলিকলের দ্বার রুদ্ধ এবং স্রাবের আধিক্য হয়, আমরা তাহা পরিজ্ঞাত নহি। লোমসস্থানে বিচ্ছিন্নভাবে এইরূপ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ব্রণের উৎপত্তি হয়। মধ্যস্থিত স্রাব বহির্গত করিয়া দিলেই শুষ্ক হইয়া যায়। একবার এই প্রকৃতির ব্রণ উদ্গত হইতে আরম্ভ হইলে কয়েক বৎসর ভোগ না করিয়া নিঃশেষ আরোগ্য হয় না।

ক্যালসিয়ম সালফাইট দুই গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ তিনবার সেবন করাইবে। স্থানিক প্রয়োগের জন্য পারক্লোরাইড্ মার্কারী লোশন (১—২০০০) উৎকৃষ্ট। মুখব্রণে নেবুর রসে সোহাগার খই দ্রব করিয়া

প্রয়োগ করায় উপকার হইতে দেখিয়াছি। সুতরাং এই পীড়ায় প্রয়োগ করিলেও উপকার হইবে, ইহাই আমার বিশ্বাস।

হারপিস জোষ্টার (Herpes Zoster)—ভগোষ্ঠে হারপিস নির্গত হওয়া অতি বিরল। এক পার্শ্বে অজ্ঞাত কারণে নির্গত এবং অতি সত্বরেই আপনা হইতে আরোগ্য হইয়া যাওয়ায় অন্য কোন প্রদাহজাত পীড়ার সহিত ভ্রম হয় না। কোন একটী স্নায়ু শাখার প্রতি-পালিত স্থানে জল পূর্ণ দানা নির্গত হয়, দানার পার্শ্বদেশ আরক্ত, বেদনাযুক্ত এবং প্রদাহিত থাকে। কয়েক দিবস মধ্যে পূর্ণ হইলে পূয় বহির্গত হইয়া মামরী দ্বারা আবৃত হয়। কতিপয় দিবস পরে এই মামরী স্খলিত হয়। ইহা বসন্তের দানার অনুরূপ—বিশেষ এই যে, কেবলমাত্র পিউডেনডাল স্নায়ুর স্থানে উৎপন্ন হয়। সম্পূর্ণ আরোগ্য হইতে একপক্ষ সময় আবশ্যক। বিশেষ কোন ঔষধ নাই। সঙ্কোচক পচন নিবারক চূর্ণ প্রক্ষেপ উপকারী। জলপূর্ণ দানা ভগ্ন হইলে বিশেষ ক্ষতের সন্দেহ হওয়া অসম্ভব নহে। কেহ কেহ নাইট্রেট অফ্ সিলভার লোশন এবং বোরাসিক এসিডসহ অক্সাইড অফ্ জিঙ্ক ইত্যাদি প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন।

ভগের একজেমা (Eczema of the vulva)—কেহ কেহ এই পীড়ার ডারমেটাইটিস (Dermatitis) সংজ্ঞা দেন। অন্য স্থানের চর্ম্ম রোগের সহিত এই স্থানের চর্ম্মরোগের বিশেষত্ব এই যে, এই স্থান অধিকতর লোমাবৃত, অনেক সময়ে স্রাব দ্বারা আবৃত থাকে, নানা কারণে ঘর্ষিত হয়, পীড়ার আরম্ভাবস্থা অপ্রকাশিত থাকে,—যখন যোনিমুখের ওষ্ঠ স্ফীত, আরক্তিম, বেদনাযুক্ত, এবং বিশেষ আর্দ্রীভূত,—লোমছা বা দ্বারা পরিবৃত হয়, তখনি কেবল চিকিৎসাধীনে উপস্থিত হয়। পীড়া বিস্তৃত হইয়া কুঁচকী, উরু, বিটপ এবং উদরের নিম্নাংশ পর্য্যন্ত আক্রান্ত হয়। ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফুস্কুরী নির্গত হইয়া পরে ক্ষত প্রকাশ হয়।

শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। উক্ত ঝিল্লি আক্রান্ত হইলে তৎস্থান স্থূল, শুভ্রবর্ণ, এবং স্বাভাবিক অপেক্ষা শুষ্ক ও খস্‌খসে হয়। এই অবস্থায় অসহ্য কণ্ডূয়ন উপস্থিত হইলে অনেক সময়ে রমণীসুলভ লজ্জাশীলতার বিঘ্ন উৎপাদন করে।

লক্ষণ—পরাঙ্গ পুষ্ট জীবই পীড়ার কারণ, এরূপ কথিত হয় সত্য কিন্তু অনেক স্থলে প্রকৃত তথ্য অপরিজ্ঞাত থাকে। গর্ভাবস্থা, বাত ধাতু, পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতার অভাব, অত্যধিক তরল পদার্থ পান এবং মধুমূত্র পীড়া কারণ মধ্যে পরিগণিত।

লক্ষণ—সহসা পীড়া উপস্থিত হয়। চিকিৎসা করিলে এক পক্ষ মধ্যে আরোগ্য হইতে পারে। পুরাতনাবস্থায় বহু বৎসর স্থায়ী হইতে দেখা গিয়াছে। জ্বালাবৎ বেদনা, কণ্ডূয়ন, প্রদাহের সাধারণ লক্ষণ, বিচ্ছিন্নভাবে অবস্থিত, সর্ষপবৎ সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম জলপূর্ণ দানা, বসন্ত ঋতুর আরম্ভে পীড়ার বৃদ্ধি, অধিক চুলকাইলে চর্ম্মে নখাঘাত জনিত বিদার, ওষ্ঠের অভ্যন্তরাংশ পূয় শ্লেষ্মা ও স্থানে স্থানে মামরী দ্বারা পরিবৃত ইত্যাদি লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। হারপিসের জলপূর্ণ দানা অপেক্ষা এই দানা অত্যন্ত ক্ষুদ্র। উপদংশের ইতিবৃত্ত থাকে না।

চিকিৎসা—পীড়ার মূল কারণ দূরীভূত করিতে যত্ন করিবে। অধিক তরল পদার্থ পান নিষেধ। লাইকর কার্ব্বনিশ্ ডিটার-জেন্স মিশ্রিত জল দ্বারা ধৌত ও পরিষ্কার করিয়া বোরাসিক চূর্ণ প্রক্ষেপ করিলে উপকার হয়। লেডলোশন এবং ক্যারাক্স জল উপকারী। অক্সাইড অব্ জিঙ্ক, বিসমথ সব নাইট্রাস, আইওডোফরম একত্র মিশ্রিত করিয়া চূর্ণ প্রক্ষেপ, হাইড্রার্জ পার-ক্লোরাইড লোশন (১—১০০০), কার্ব্বলিক এসিড, থাইমল, এক থাইওল, ক্রিয়োজোট, গোয়া পাউডার ইত্যাদি প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

সেবন জন্য—

℞ ম্যাগনেসিয়া সল্ফ ... ℥ss
ম্যাগনেসিয়া কার্ব ... grx
লাইকর আর্সেনিকেলিশ ... mv
টিংচার ক্লোরফরম কোং ... mxv
ইনফিউসনজেনসিয়া কোঃ ... ℥i

মিশ্র। এক মাত্রা। প্রত্যহ তিনবার সেব্য।

℞ জিঙ্ক অক্সাইড ... ℨss
আইওডোফরম ... grxv
অইল ইউক্যালিপটস ... mx
ল্যানোলিন ... ℥i

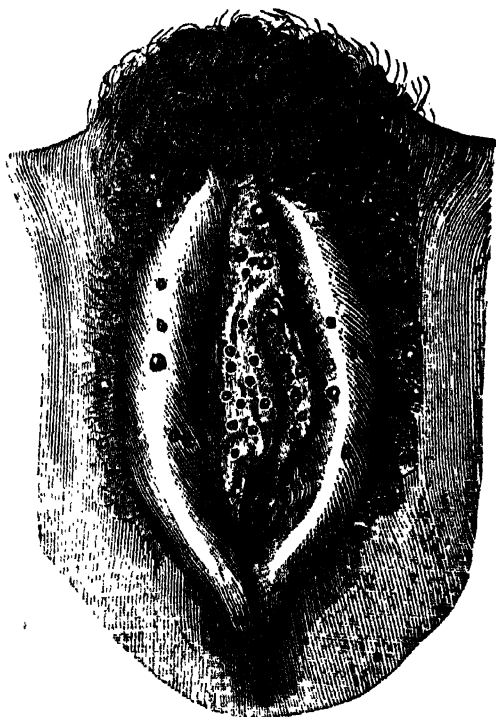
মিশ্রিত করিয়া মলম

℞ এসিড স্যালিসিলিক ... grx
জিঙ্ক অক্সাইড ... ℨii
পলভ এমাইল ... ℨii
ভেসেলিন ... ℥i

মিশ্রিত করিয়া পেষ্ট।

এইরূপ যে কোন মলম স্থানিক প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

ফলিকিউলার ভলভাইটিস (Follicular vulvitis)।—এই পীড়াও অতি বিরল। নিম্নশ্রেণীর অপরিষ্কার স্ত্রীলোকদিগের এবং অন্তঃসত্ত্বাবস্থায় এই প্রকৃতির প্রদাহ হইতে দেখা যায়। পৃথক্-পৃথগ্‌ভাবে নিরেট ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র দানা বহির্গত হইলে পরে তন্মধ্যে পূয়োৎপত্তি হয়। ইহা আণুবীক্ষণিক রোগ জীবাণুর সংক্রমণে উৎপন্ন হয়। অধিক সংখ্যক দানা বহির্গত হইলে ওষ্ঠ স্ফীত, আরক্ত, দানাময়, চট্‌ চটে দুর্গন্ধ যুক্ত স্রাবপরিবৃত, এবং অপরিষ্কার দেখা যায়। কোন

কোনটী পুয়পূর্ণ, কোনটী বিদীর্ণ—ক্ষতযুক্ত, প্রদাহের লক্ষণ, জ্বালা, চুলকানী ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকে। উপদংশাক্রান্ত হওয়ার পর এই

১৯১ তম চিত্র। ফলিকিউলার প্রদাহাক্রান্ত যোনিদ্বারের প্রতিকৃতি।

পীড়া হইতে পারে। এই পুয় সংলগ্নে পুরুষের প্রমেহ পীড়ার অনুরূপ লক্ষণ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। এইরূপ ঘটনায় স্ত্রীর সতীত্বে ভ্রমপূর্ণ সন্দেহ হওয়া অসম্ভব নহে।

নির্ণয়—(১) হারপিসজোষ্টার।—এক ওষ্ঠে উৎপন্ন হয়, বেদনা হইয়া জলপূর্ণ দানা বহির্গত হয় কিন্তু তৎকালে কণ্ডূয়ন বা স্রাব থাকে

না, নির্দ্দিষ্ট দিনের মধ্যে আপনা হইতে শুষ্ক ও আরোগ্য হইয়া যায়। (২) একথাইমা।—শরীরের অন্যান্য স্থানে পূয়পূর্ণ স্ফোট বর্ত্তমান থাকে। (৩) শ্যাঙ্কার।—পার্থক্য নির্ণয় অত্যন্ত কঠিন। সাধারণতঃ শ্যাঙ্কার যোনিমুখের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে হয়, কিন্তু ফলিকিউলার দানার ক্ষত যোনিমুখের ওষ্ঠের ত্বকে হয়, পরন্তু ইহার কোন দানা নিরেট, কোন দানা পূয়পূর্ণ, এবং কোন দানায় ক্ষত হয়, কিন্তু কোমল শ্যাঙ্কারের এইরূপ বিভিন্নাবস্থা বর্ত্তমান থাকে না। কঠিন শ্যাঙ্কারে কঠিন বাঘী বর্ত্তমান থাকিতে পারে। উভয় পীড়া এক সময়ে বর্ত্তমান থাকিলে পরস্পরের পার্থক্য নির্ণয় অসম্ভব।

চিকিৎসা—একজিমার চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করিতে হয়। অত্যন্ত উত্তেজনা বর্ত্তমান থাকিলে ক্ষারাক্ত জল দ্বারা ধৌত করিয়া তৎপর পারক্লোরাইড মার্কারী লোশন দ্বারা ধৌত করিবে। পরিশেষে শুষ্ক করিয়া ইউডিকোলন ℥i, গোলাপজল ℥viii সহ ডাইলুট হাইড্রোসিয়ানিক এসিড মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। পূয়পূর্ণ দানার পূয় বহির্গত করিয়া দিলে যন্ত্রণার উপশম হয়। কোকেন, বেলাডোনা, মর্ফিয়া, লেড এবং বিসমথ প্রভৃতি সমস্তই যন্ত্রণানিবারক। ইহার কোন একটী কিম্বা কয়েকটী একত্রে যে কোন প্রণালীতে প্রয়োগ করিলেই যন্ত্রণার উপশম হয়। নিম্নলিখিত মলম উৎকৃষ্ট।

[illegible]	...	ʒi
হাইড্রার্জ্জ সবক্লোরাইড্	...	ʒii
একষ্ট্রাঃ বেলাডোনা	...	ʒss
একষ্ট্রাঃ ওপিয়াই লিকুইড্	...	ʒii
ল্যানোলিন	...	℥ss
একোয়া রোজ	...	ʒi
এডেপস্ বেঞ্জোয়েটিস	...	℥ss

একত্র মিশ্রিত করিয়া মলম।

যোনিমুখের সাধারণ প্রদাহ। (সিম্পল ভলভাইটিস—Simple vulvitis)।—অপরিষ্কার, প্রবল সঙ্গম, অত্যন্ত চুলকানী, সূত্রখণ্ডবৎ কৃমি, এবং আঘাতাদি কারণে এই প্রকৃতির প্রদাহ হয়। বেদনা, জ্বালা, চুলকানী, মূত্রসংলগ্নে এবং গমনাগমনে যন্ত্রণার বৃদ্ধি, দুর্গন্ধ স্রাব দ্বারা আবৃত, এবং স্থানিক প্রদাহের অন্যান্য লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে।

পুরুলেণ্ট ভলভাইটিস (Purulent vulvitis) হইলে পূর্ব্বোক্ত লক্ষণ সমূহ প্রবলভাবে উপস্থিত হয়। যথেষ্ট পূয় নিঃসৃত হইতে থাকে। যোনিমুখের ওষ্ঠদ্বয় ফাঁক করিয়া ধরিলে যোনিমুখে ক্ষত দৃষ্ট হয়, কোন কোন ক্ষত বিশেষ প্রকৃতির ঝিল্লী দ্বারা আবৃত দেখা যায়।

লক্ষণ দৃষ্টে যোনি প্রদাহের চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করিবে। বেদনা নিবারক, সঙ্কোচক, অবসাদক—অহিফেন, পুলটিস, উষ্ণডুস্, লেডলোশন, ইত্যাদি প্রয়োগ করিবে। শেষাবস্থায় নাইট্রেট অফ্ সিলভারের মৃদু দ্রব, কার্ব্বলিক ও বোরাসিক এসিড, সালফোকার্ব্বলেট অফ্ জিঙ্ক ইত্যাদির লোশন প্রয়োগের আবশ্যক হইতে পারে।

নোমা (Noma)।—ভলভার নোমা অতি বিরল। ইহার অপর নাম ক্যানক্রমওরিস। ভগের নোমা হইলে গণ্ডদেশেও নোমা হওয়ার সম্ভাবনা। ম্যালেরিয়া জ্বরে অবসাদগ্রস্তা—বিবর্দ্ধিত প্লীহা-সমন্বিতা বালিকার এইরূপ প্রদাহ হইতে দেখা গিয়াছে। যোনিমুখের এক ওষ্ঠের কোন স্থান কৃষ্ণরক্তবর্ণ কঠিনভাব ধারণ করার পরে কৃষ্ণধূসর-বর্ণের ক্ষত প্রকাশিত হইলে তাহা ক্রমে ক্রমে বিস্তৃত হইতে থাকে। আমি কেবলমাত্র একটী বালিকার এই পীড়ায় মৃত্যু হইতে দেখিয়াছি। অতি ধীরভাবে পীড়া বিস্তৃত হইতে থাকে। ক্ষত বিগলিত হইতে আরম্ভ হইলে অত্যন্ত দুর্গন্ধ নির্গত হয়। পরিণামফল প্রায়ই অশুভ। পীড়িত স্থান দগ্ধ করিয়া পচন নিবারক প্রণালীতে চিকিৎসা করা উচিত। বল-কারক ও উত্তেজক ঔষধ ও পোষক পথ্য ব্যবহার করিবে। চারকোল

পুলটিস দুর্গন্ধ হ্রাস করে। কণ্ডিসফ্লুইড, কার্ব্বলিক এসিড ইত্যাদি স্থানিক প্রযোজ্য।

প্রাপ্তবয়স্কা স্ত্রীলোকের যোনিদ্বার বিগলন (Gangrene of the vulva in adults) অতি বিরল ঘটনা। অবসন্নাবস্থায়, বসন্ত, ইরিসিপেলাস, সূতিকাজ্বর, প্রসব সময়ে গুরুতর আঘাত ইত্যাদি কারণে যোনি দ্বার বিগলিত হইতে দেখা যায়। পচন নিবারক চিকিৎসা প্রণালী প্রচলিত হওয়ার পর এতাদৃশ ঘটনা অতি বিরল হইয়াছে। দেহের অন্য স্থানের গ্যানগ্রিন হইলে যে প্রণালীতে চিকিৎসা করিতে হয়, এই স্থানের গ্যানগ্রিনেও তদ্রূপ চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করিবে। যোনির ওষ্ঠ ও প্রাচীর পরস্পর সংযোগ দ্বারা দৃঢ়রূপে আবদ্ধ হওয়ার প্রতিবিধান জন্য অভ্যন্তরে পচন নিবারক ঔষধসিক্ত বস্ত্রখণ্ড সংস্থাপন বিধেয়।

লেবিয়ার ফ্লেগমোনস প্রদাহ (Phlegmonous Inflammation of the Labia) হইলে যোনিমুখের এক ওষ্ঠ স্ফীত, কঠিন, বেদনাযুক্ত, আরক্ত, টনটনে ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়। এই প্রদাহের পরিণামে ওষ্ঠের স্ফোটক হইতে দেখা যায়, এই স্ফোটক সাধারণ স্ফোটকের স্বরূপ প্রণালীতে কর্ত্তন করিয়া এরূপভাবে ঔষধ প্রয়োগ করিবে যে, কর্ত্তিত গহ্বর অভ্যন্তর হইতে পরিপূর্ণ হইতে পারে। তদ্রূপ যত্ন না করিলে শোষ ঘা হওয়ার সম্ভাবনা। এইরূপ প্রদাহসহ হার্ণিয়া, হাইড্রোসিল, পিউডেনডাল হিমেটোসিল এবং ভলভাতে অবস্থিত অণ্ডাশয় সহ ভ্রম হওয়া অসম্ভব নহে। ওষ্ঠে অবস্থিত অণ্ডাশয়ের সীমাবদ্ধ স্ফীততা বর্ত্তমান থাকে। উক্ত স্থানে সঞ্চাপ দিলে বিশেষ বেদনা অনুভব করে। আর্ত্তব স্রাব সময়ে এই চৈতন্যাধিক্য অত্যধিক প্রবল হয়।

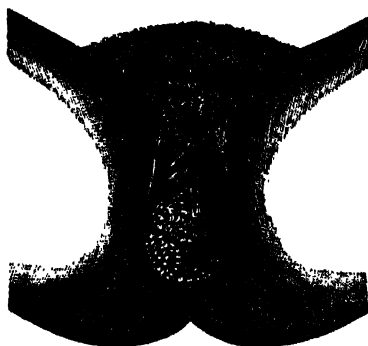
ভগোষ্ঠের স্ফোটক (Abscess of the Labia)।—যোনির

প্রদাহ জন্যই সচরাচর ভগোষ্ঠের স্ফোটক হয়। তদ্ব্যতীত মলদ্বারের অর্শঃ, বিদারণ, অবরোধ ইত্যাদি কারণে স্ফোটক হইতে পারে। এইরূপ স্থলে মলত্যাগকষ্ট, মলদ্বার হইতে শোণিত স্রাব ইত্যাদি লক্ষণসহ যোনিরপশ্চাৎ প্রাচীরের সন্নিকটবর্ত্তী ভগোষ্ঠের স্ফোটকের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। এইরূপ স্ফোটক যোনিমধ্যে বিদীর্ণ না হইয়া সরলান্ত্রে বা বাহ্য দেশে বিদীর্ণ হয়। পূয়সহ মলের গন্ধ বর্ত্তমান থাকার সম্ভাবনা। আঘাত, পতন, প্রবল সঙ্গম ইত্যাদি কারণেও ভগোষ্ঠের স্ফোটক হইতে পারে। তরুণ স্ফোটকের সমস্ত লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। এইরূপ স্ফোটক পুনঃ পুনঃ হয় না।

ভগের ইরিসিপেলাস হওয়া অতি বিরল ঘটনা। কোন কোন স্ত্রীলোকের মাসিক আর্ত্তব স্রাবের পরিবর্ত্তে ভগোষ্ঠের প্রদাহ হইয়া থাকে। সাধারণ নিয়মে চিকিৎসা করিতে হয়।

বিস্ফোটক (ফারাঙ্কল—Furuncle)।—শরীরের অন্যান্য-স্থানে যেরূপ বিস্ফোটক হয়, ভগোষ্ঠেও তদ্রূপ বিস্ফোটক হইতে দেখা যায়। ইহার কোন বিশেষত্ব নাই। প্রথমাবস্থায় শ্যাঙ্কারের সহিত ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু কোর বহির্গত হইলে আর কোন সন্দেহ থাকে না।

শ্যাঙ্কার—(Chancre)—কঠিন ক্ষত কেবলমাত্র এক পার্শ্বে হয়। ওষ্ঠে ঔপদংশিক ক্ষত হইলে ঐ অংশ কঠিন শোথ দ্বারা আক্রান্ত হওয়ায় অনেকে এক ওষ্ঠের কঠিন স্ফীততা বর্ত্তমান থাকিলেই উপদংশাক্রান্ত—এমত সন্দেহ করেন। কিন্তু অধিকাংশস্থলে যোনিমুখের পার্শ্বে প্রাথমিক ক্ষত হয়। ইহা সাধারণ ক্ষতের অনুরূপ না হইয়া লোমছা ঘায়ের সদৃশ দেখায়। ভলভার উপদংশের কঠিন স্ফীততা—ইহার বিশেষ লক্ষণ। রোগিণী এই স্ফীততাই সর্ব্বপ্রথমে লক্ষ্য করে। ক্ষত শুষ্ক হইয়া গেলেও কঠিন স্ফীতাবস্থা দীর্ঘকাল একই অবস্থায় বর্ত্তমান থাকে। ক্লাইটোরিসের আবরক ত্বক্ ও নিম্ফী ইত্যাদি এই স্ফীততাসহ জড়ীভূত,

বিবর্দ্ধিত এবং পুরাতন ভাবাপন্ন হইলে এলিফেন্টায়েসিস পীড়াসহ ভ্রম জন্মায়। ইহা দীর্ঘকাল একই অবস্থায় বর্ত্তমান থাকে। কর্ত্তন

১৯২ তম চিত্র। বামপার্শ্বের ক্ষুদ্র ওষ্ঠের গৌণ উপদংশজনিত পুরাতন কঠিন বিবৃদ্ধির প্রতিকৃতি।

করিয়া দূরীভূত করা ব্যতীত অপর কোন চিকিৎসায় এই বিবৃদ্ধির নিবৃত্তি হয় না।

স্ফীত স্থানের অভ্যন্তরে ক্ষত বর্ত্তমান থাকে। উভয় অঙ্গুলির সাহায্যে উত্থিত করা অত্যন্ত কঠিন। অঙ্গুলী দ্বারা সঞ্চাপিত করিলে ক্ষতের অভ্যন্তরে ছিঁড়াগুলীর অনুরূপ পদার্থ নিহিত আছে, এমত বোধ হয়। ক্ষত আরক্ত তাম্রবর্ণ গণ্ডী দ্বারা বেষ্টিত থাকে, কিন্তু ওষ্ঠে হইলে প্রথমে নিরেট গুটিকার অনুরূপ এবং বাহ্য অংশে হইলে মামরী দ্বারা আবৃত থাকার সম্ভাবনা। ইহা হইতে স্রাব নিঃসৃত না হওয়ারই সম্ভাবনা। যে পার্শ্বে ক্ষত থাকে, সেই পার্শ্বের কুচকীর গ্রন্থি কঠিন হয়। মধ্যস্থলের ক্ষত জন্য উভয় পার্শ্বের গ্রন্থিই বর্দ্ধিত এবং কঠিন হইতে দেখা যায়। গর্ভাবস্থায় ঔপদংশিক প্রাথমিক ক্ষত হইলে প্রায় কৃষ্ণবর্ণ দেখায়। জরায়ু

গ্রীবাতে শ্যাঙ্কার হওয়া অতি বিরল। কঠিন শ্যাঙ্কারে জ্বালা ও চুলকানী থাকে না।

সপ্টশ্যাঙ্কারও যোনিমুখে হইতে দেখা যায়। পরন্তু বিপরীত পার্শ্বে সংলগ্ন থাকায় তথাতেও শ্যাঙ্কার হয়। এই শ্রেণীর সংখ্যা অনেক। অঙ্গুলী সহ বিষ পরিচালিত হওয়ায় অন্যান্য স্থানেও শ্যাঙ্কার হইতে পারে। প্রথমে ফুস্কুরির অনুরূপে আরম্ভ হইয়া লাল গণ্ডী দ্বারা পরিবেষ্টিত প্রায় গোলাকার ক্ষতে পরিণত হয়। স্রাব শুষ্ক হইতে পারে—এমত স্থলে হইলে মামরী দ্বারা আবৃত থাকার সম্ভাবনা। এতদুৎপন্ন বাঘীতে স্ফোটকের অনুরূপ পূয়োৎপত্তি হয়—দীর্ঘকাল কঠিনাবস্থায় থাকে না।

ফ্যাজেডিনা।—স্ত্রীজননেন্দ্রিয়ের ফ্যাজেডিনার কোন বিশেষত্ব নাই।

সিফিলিটিক কণ্ডাইলোমেটা (Syphilitic Condylomata) যোনিদ্বারে এইরূপ কণ্ডাইলোমেটা হইতে দেখা যায়। এতৎ সহ অন্য স্থানেও পীড়া বর্ত্তমান থাকে।

রোগনির্ণয় এবং চিকিৎসাপ্রণালী সাধারণ অস্ত্র চিকিৎসার চলিত প্রণালীর অনুরূপ সুতরাং তদুল্লেখ বাহুল্য মাত্র। উপদংশ পীড়ার সম্বন্ধে কোন সন্দেহ থাকিলে তাহা উপদংশ পীড়ার রুগ—এইরূপ মন্তব্য কখনই প্রকাশ করিবে না। উপদংশ পীড়া নিশ্চিত হইলেও অপর কাহারও সমক্ষে তাহা প্রকাশ করা অনুচিত। এইরূপ মন্তব্য প্রকাশ জন্য অনিষ্ট হওয়া অসম্ভব নহে। অনেকের মতে প্রত্যহ তিনবার এক কি দুই গ্রেণ মাত্রায় বটিকারূপে আইওডোফরম সেবন করাইলে বিশেষ উপকার হয়। সহ্য হইলে শীঘ্রই ফল হওয়ার সম্ভাবনা। আইওডাইড পটাশিয়ম, সোডিয়ম, এবং এমোনিয়ম সহ বার্ক প্রয়োগ করিলে সুফল হয়। পারদ সর্ব্বোৎকৃষ্ট ঔষধ। সাবধানে প্রয়োগ করিবে। কুইনাইন

আর্সেনিক ইত্যাদি সহ প্রযোগ করিলে অধিক সুফল হয়। পুরাতন

℞ এসিড আর্সেনিসাই ... gr. ৯৮
হাইড্রার্জ্জসাইনাইড ... gr. $\frac{1}{16}$
কুইনাইন সালফ ... gr. i
এক্ষ্ট্রাঃ জেনসিয়ান ... q.s.

মিশ্রিত করিয়া এক বটিকা, এতৎসহ আইওডাইড্ মিশ্রও সেবন করান কর্ত্তব্য।

গৌণ উপদংশ পীড়ায় মকরধ্বজ, লৌহ, কুইনাইন এবং আর্সেনিক একত্রে প্রয়োগ করিয়া সুফল হইতে দেখিয়াছি। পারদের প্রয়োগরূপের মধ্যে মৃদু বলকারক ও পরিবর্ত্তক ক্রিয়ার জন্য মকরধ্বজ উৎকৃষ্ট ঔষধ। অল্পমাত্রায় প্রয়োগ আরম্ভ করা উচিত।

ভগোষ্ঠের কর্কট রোগ (Cancer of the Labium)।

—জরায়ুর ক্যানসারের সহিত তুলনায় ভগ ওষ্ঠের ক্যানসার শতকরা দুইটী হয় কিনা সন্দেহ। লেবিয়ায় কিম্বা ক্লাইটোরিসে পীড়া আরম্ভ হয়। সাধারণতঃ অধিক বয়সে হইতে দেখা যায়। ওষ্ঠের নিম্নাভ্যন্তরাংশে ক্ষুদ্র, বিবর্ণ, কঠিন গুটিকার আকৃতিতে প্রথমে ক্যানসার প্রকাশ পায়। পীড়ার কোষ দ্বারা শোণিতবাহিকা সঙ্কাপিত থাকায় তত শোণিতপূর্ণ বোধ হয় না। এই অবস্থায় কোনই কষ্ট হয় না সুতরাং রোগিণীরও এতৎ-প্রতি মনোযোগ আকৃষ্ট হয় না। দ্বিতীয় অবস্থায় উক্ত গুটিকা ভগ্ন হইয়া ক্ষত প্রকাশিত হইলে তীক্ষ্ণ বেদনা এবং কণ্ডূয়ন উপস্থিত হওয়ায় পীড়ার প্রতি মনোযোগ আকৃষ্ট হইলে ইহাই প্রথম লক্ষণ বলিয়া প্রকাশিত হয়। ক্ষত-পার্শ্ব কঠিন, অভ্যন্তর ক্ষয়িত, বাহ্যদেশ স্ফীত, প্রদেশ কঠিন ও বিষম, স্রাব অধিক হইতে আরম্ভ হইলেই বেদনা প্রবল হয়। ক্ষত অপেক্ষাকৃত বৃহৎ হইলে তাহার প্রদেশের সর্ব্বত্র সমোচ্চ একবর্ণের

ক্ষতাঙ্কুর দৃষ্ট না হইয়া কোনস্থানে শোণিত সঞ্চয় জন্য কৃষ্ণবর্ণ, কোন স্থানে বিগলন জন্য ধূসরবর্ণ এবং অপর কোন স্থানে অন্যরূপ পদার্থ দ্বারা বিষমভাবে আবৃত দেখা যায়। বিগলিত বিধান সমন্বিত পাটল বর্ণবিশিষ্ট দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব নিঃসৃত হইতে থাকে। ক্রমে সকল পার্শ্বেই ক্ষত বিস্তৃত হইয়া পড়ে সত্য কিন্তু অধিকাংশ স্থলে ত্বক অপেক্ষা যোনি-গহ্বরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিতে অধিক বিস্তৃত হইতে দেখা যায়। বিপরীত পার্শ্বের যোনি প্রাচীর ক্ষতাক্রান্ত হওয়া অতি বিরল ঘটনা। কতক দিবস বিলম্বে গ্রন্থি আক্রান্ত এবং তাহা ক্ষতে পরিণত হইয়া থাকে। এই স্থানে ক্যানসার হইলে শোণিত স্রাব ও অবসন্নতার জন্য ন্যূনাধিক দুই বৎসরের মধ্যে মৃত্যু হওয়ার সম্ভাবনা।

নির্ণয়। কঠিন শ্যাঙ্কারের সহিত ক্যানসারের ভ্রম হইতে পারে। শ্যাঙ্কার অল্প বয়সে হয়। ক্যানসার অধিক বয়সে হয়। শ্যাঙ্কার হইলে শীঘ্রই কুঁচকীর গ্রন্থি স্ফীত ও কঠিন হয়, কিন্তু ক্যানসার হইলে অনেক বিলম্বে উক্ত গ্রন্থি আক্রান্ত হয়। পারদ প্রয়োগে উপদংশজনিত ক্ষত আরোগ্য হয়। ক্যানসারজনিত ক্ষতের উপর পারদ কোন কার্য্য করে না। ক্ষুদ্র গুটির অনুরূপ ক্যানসার হইলে নির্ভাবনায় পরীক্ষা জন্য অপেক্ষা করা যাইতে পারে। ক্যানসারের ক্ষতের প্রকৃতিদৃষ্টে অন্যান্য ক্ষত হইতে পৃথক্ করা সহজ। সফট শ্যাঙ্কারের সংখ্যা অধিক। তাহার রস দ্বারা টিকা দিলে সেইরূপ ক্ষত হয় কিন্তু ক্যানসারে তাহা হয় না।

চিকিৎসা।—পীড়িত অংশের সকল পার্শ্বের কিয়দংশ সুস্থ বিধানসহ সমস্ত পীড়িত অংশ কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করাই একমাত্র চিকিৎসা। ঔপদংশিক ক্ষতে আইওডোফরম ও পারদ দ্বারা চিকিৎসা করিলে আরোগ্য হয়, কিন্তু ক্যানসার হইলে তদ্রূপ চিকিৎসায় কোন উপকার হয় না।

ক্লাইটোরিসে ক্যানসার।—এই স্থানের ক্যানসারের সংখ্যা

ওষ্ঠাপেক্ষা অধিক। এই স্থান অত্যধিক উন্মুক্ত ও চৈতন্যবিশিষ্ট জন্য আরম্ভেই রোগস্থির এবং চিকিৎসা হয়। উজ্জ্বল আরক্ত বর্ণ কঠিন আঁচিলের আকৃতিতে পীড়ার আরম্ভ হইয়া ক্রমে বিস্তৃত হইতে থাকে। এই সময়ে সুস্থ বিধানসহ কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করিলে সুফল হইতে পারে। বিবর্দ্ধিত অনাবদ্ধ কুঁচকির গ্রন্থি উচ্ছেদ করা উচিত।

সারকোমা (Sarcoma)।—ভলভায় মেলানোটিক সারকোমা হইতে দেখা যায় কিন্তু অতি বিরল। ওষ্ঠ, বিটপ, কিম্বা মনস্‌ভেনেরিসের উপরে বেগুনী, সবুজ বা ঈষৎ লালের আভাযুক্ত কৃষ্ণবর্ণযুক্ত সীমাবদ্ধ স্ফীততা আরম্ভ হয়। চুলকানী বর্ত্তমান থাকে, মধ্যে মধ্যে শোণিত স্রাব হয়। স্ফীততা ক্রমে বৃদ্ধি পাইতে থাকে, লসীকাবহা নাড়ীর গতি অনুযায়ী পীড়া বিস্তৃত হয়। অর্ব্বুদের বর্ণদৃষ্টে রোগ নির্ণয় করা সহজ। যত শীঘ্র সম্ভব উচ্ছেদ করাই একমাত্র চিকিৎসা। উচ্ছেদ করিলেও পুনর্ব্বার হওয়ার সম্ভাবনা। কেহ কেহ বলেন যে, পূর্ণমাত্রায় আর্সেনিক প্রয়োগ করিলে উপকার হয়।

রোডেণ্ট অলসার (Rodent Ulcer)।—ইহাও অতি বিরল পীড়া। শরীরের অন্যান্য স্থানের রোডেণ্ট অলসারের অনুরূপ প্রণালীতে চিকিৎসা করিবে।

এস্থিওমেনী (Esthiomene) অর্থাৎ লুপস। এতদ্দেশে এই পীড়া অতি বিরল। সৌত্রিক বিধানের আধিক্য জন্য দীর্ঘকাল-স্থায়ী, বেদনা বিহীন, স্ফীততা উপস্থিত হওয়ায় যোনিদ্বারের দৃশ্য পরিবর্ত্তিত হয়, যোনিদ্বার এবং সরলান্ত্র সঙ্কুচিত হইতে পারে। গ্রন্থি আক্রান্ত হয় না। ক্ষত হইলে উষ্ণ ও কণ্ডূয়নযুক্ত আর্দ্র হয়। সময়ে সময়ে শোণিত স্রাব হইতে পারে। ক্ষত ত্বকে সীমাবদ্ধ কিম্বা গভীর স্তরে বিস্তৃত হইলে যোনি প্রাচীর বিদীর্ণ হইতে পারে। এই ক্ষত এক পার্শ্বে শুষ্ক এবং অন্য পার্শ্বে বিস্তৃত হইতে (Serpiginous) দেখা যায়;

কিন্তু ক্যানসারের ক্ষত শুষ্ক হয় না। অনেকে বলেন যে, ইহা উপদংশ সম্ভূত; কিন্তু কেহ কেহ তাহা স্বীকার করেন না। পীড়িত সমস্ত বিধান কর্ত্তন করিয়া দূরীভূত করা উচিত। লক্ষণ দৃষ্টে অন্যান্য ঔষধ প্রয়োগ করিবে।

স্রাবযুক্ত প্যাপিলোমেটাস অর্ব্বুদ (Oozing Papillomatous Tumour) অতি বিরল। যোনিদ্বার এবং তাহার আশে পাশে এইরূপ অর্ব্বুদ দেখা যায়। সামান্য আঘাতে শোণিত স্রাব ও সর্ব্বদা দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব হয়। অর্ব্বুদে বেদনা থাকে না।

ভগের আঁচিল (Warts of the vulva) নিতান্ত বিরল নহে। প্রথমে ফসানেভিকিউলেরিসের স্থানে সর্ষপের অনুরূপ আয়তন বিশিষ্ট দুই একটী দানা বহির্গত হয়। ইহার প্রতিবিধানকল্পে যত্ন না করিলে ক্রমে সংখ্যায় এবং আয়তনে বৃদ্ধি পাইয়া ভগোষ্ঠে বিস্তৃত হইতে

১৯৩ তম চিত্র। যোনিদ্বারের আঁচিলবৎ গঠন।

থাকে। পরিশেষে ক্লাইটোরিস, মন্সভেনেরিস, এবং যোনিমধ্যে পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। অত্যন্ত বৃহৎ হইলে ফুলকপির অনুরূপ বৃহৎ হইতে দেখা

যায়। যে স্থানের স্রাব শোষিত হইতে পারে, সেস্থান শুষ্ক থাকে, কিন্তু স্রাব শুষ্ক না হইলে পীড়িত গঠন আর্দ্র ও কোমল থাকে। ক্রমে উক্ত স্রাব পচিয়া উঠায় দুর্গন্ধযুক্ত পীতবর্ণ বিশিষ্ট অপরিষ্কার স্রাব নির্গত হইতে থাকে।

কারণ।—প্রমেহজ স্রাবের উত্তেজনা, উপদংশ, শ্বেত প্রদরের স্রাবের উত্তেজনা ইত্যাদি কারণে এইরূপ অর্ব্বুদের উৎপত্তি হয়। কিন্তু আমি এমত বালিকারও ভগে আঁচিল হইতে দেখিয়াছি যে, যাহার ঐরূপ কোন কারণই বর্ত্তমান ছিল না।

চিকিৎসা—সামান্য উত্তেজনা সম্ভূত আঁচিল পরিষ্কার রাখিয়া অক্সা-ইড জিঙ্ক প্রক্ষেপ করিলে শুষ্ক হওয়ার সম্ভাবনা। অপেক্ষাকৃত সামান্য বৃহৎ হইলে কয়েক দিবস কার্ব্বলিক কিম্বা নাইট্রিক এসিড প্রয়োগ করিবে। এইরূপ উগ্র ঔষধ এত সাবধানে প্রয়োগ করিবে যে, নবজাত পীড়িত বিধান ব্যতীত সুস্থ বিধানে সংলগ্ন হইতে না পারে। আরও বৃহৎ হইলে নবজাত বিধান কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করিয়া উচ্ছেদ করা আবশ্যক। কর্ত্তন সময়ে সামান্য শোণিত স্রাব হইলে সঙ্কাপে বদ্ধ হওয়ার সম্ভাবনা; কিন্তু অধিক শোণিত স্রাব হইতে থাকিলে সেই স্থানে বন্ধন প্রয়োগ করিতে হয়। উত্তানভাবে স্থাপন করত: চৈতন্য নাশ করিয়া অস্ত্রোপচার করাই সুবিধা। অস্ত্রোপচার অন্তে আইওডোফরম প্রক্ষেপ এবং পচন নিবারক গজ দ্বারা আবৃত করিয়া T ব্যাণ্ডেজ দ্বারা বদ্ধ করিবে। তৎপর লক্ষণানুযায়ী ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়। অন্তঃ-সত্ত্বাবস্থায় অস্ত্রোপচার নিষিদ্ধ।

ভেরিক্স অব্ দি পিউডেণ্ডাল ভেইন (Varix of the Pudendal veins) অতি বিরল। অধিক সন্তান হইলে বৃদ্ধ বয়সে ভগের শিরা স্ফীত হইতে পারে। স্ফীত শিরা বিদীর্ণ হইলে অত্যন্ত শোণিত স্রাব হওয়ার সম্ভাবনা। প্যাড এবং ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিয়া রাখিবে।

পিউডেণ্ডাল হিমেটোমা (Pudendal Heamatoma) ভেষ্টিবিউলের শিরা বিদীর্ণ ও কৌষিকবিধান মধ্যে শোণিত সঞ্চিত হয়। আঘাত, প্রসব, পতন ইত্যাদি কারণে সহসা এক ভগোষ্ঠ স্ফীত, দপদপে বেদনাযুক্ত হয়। প্রস্রাব ত্যাগ এবং সঙ্গমে কষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। ওষ্ঠের আঘাত হইতে শোণিত নির্গত হইতে থাকিলে যোনি মধ্যে ট্যাম্পন ও বহির্দ্দেশে T ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিয়া রাখিবে। বরফ, ফট-কিরির গাঢ় দ্রব ইত্যাদি প্রয়োগ করা যাইতে পারে। নিঃসৃত শোণিত অভ্যন্তরে সঞ্চিত হইয়া থাকিলে ক্রমে শোষিত হওয়ার সম্ভাবনা। পূয়োৎপত্তি হইলে স্ফোটক চিকিৎসার প্রণালী অবলম্বন করিবে।

যোনি দ্বারে এবং তাহার আশেপাশে ফাইব্রোমা, লিপোমা প্রভৃতি নানা প্রকৃতির অর্ব্বুদ হইতে দেখা যায়। অন্যান্য স্থানের ঐ প্রকৃতির অর্ব্বুদের লক্ষণাদি উপস্থিত হয়। সুতরাং তদ্রূপ চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করিবে।

হার্ণিয়া (Hernia)।—পুরুষের যেমন অন্ত্রবৃদ্ধির জন্য মুষ্ক-স্ফীত হয় তদ্রূপ স্ত্রীলোকের যোনি মুখে—ওষ্ঠমধ্যে অন্ত্র অবস্থিত হইলে তাহাও স্ফীত হয়, কিন্তু পুরুষের অনুরূপ তত বৃহৎ হয় না। উক্ত ওষ্ঠ-মধ্যে অণ্ডাশয়ও অবস্থিত হইতে পারে। ইঙ্গুইন্যাল কেনালের অনু-রূপ—কেনাল অব নাক বদ্ধ না হওয়াই ইহার অন্যতর কারণ। উত্তান ভাবে শয়ান করাইয়া ধীরে ধীরে অঙ্গুলীর সঞ্চাপ-কৌশলে বহির্গত অন্ত্রপুনঃ প্রবিষ্ট করাইয়া দিবে। বহির্গত অংশ আবদ্ধ হইয়া থাকিলে কর্ত্তন করিয়া স্বস্থানে প্রবেশ করাইতে হয়। এইরূপ অন্ত্রবৃদ্ধি ওষ্ঠের স্ফোটক বা কোষার্ব্বুদ ভ্রমে কর্ত্তিত হওয়ার দৃষ্টান্ত নিতান্ত বিরল নহে। স্ত্রীলোকের দুইরূপ বিশেষ হার্ণিয়া হয়,—এক ব্রডলিগামেণ্টের সম্মুখ ও যোনিপার্শ্ব দিয়া ওষ্ঠ, দ্বিতীয়—ব্রডলিগামেণ্টের পশ্চাৎ দিয়া সরলান্ত্র ও যোনির মধ্য দিয়া বিপট দেশে স্ফীততা উপস্থিত হয়।

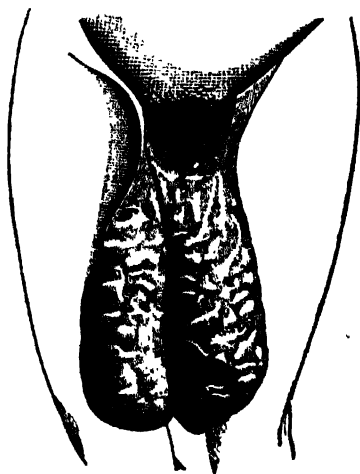
হাইড্রোসিল (Hydrocele) :—কেনাল অব্ নাক মধ্যে রস সঞ্চিত হইয়া অর্ব্বুদাকার ধারণ করিলে উক্ত নামে অভিহিত হয়। ইহা অতি বিরল। আঘাত জন্য কেনাল মধ্যে শোণিত সঞ্চিত থাকাও অসম্ভব নহে। এই অর্ব্বুদের সম্মুখে ট্র্যান্সভারসিলিস ফেসিয়া এবং ক্রিমিষ্টার পেশী অবস্থিত হয়। কখন বা কেনাল মধ্যে অন্ত্র ও রস উভয়ই বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায়। অপ্রদাহিত হাইড্রোসিল বেদনা বিহীন, বাদামাকৃতি, পুপার্টসলিগামেণ্টের গতি অনুযায়ী পেবিয়ার অভিমুখে অবস্থিত, কোমল। উদরগহ্বরের সহিত সম্মিলিত থাকিলে শায়িত অবস্থায় অর্ব্বুদ বিলুপ্ত হওয়ার সম্ভাবনা। প্রদাহিত হইলে প্রদাহের সমস্ত লক্ষণ উপস্থিত হয়। অন্ত্রাবরোধের লক্ষণও উপস্থিত হইতে পারে। অন্ত্র বর্ত্তমান থাকিলে যেমন গারগ্লিং শব্দ হয়, ইহাতে তদ্রূপ শব্দ হয় না।

চিকিৎসা—উদর গহ্বরের সহিত সংযোগ বর্ত্তমান থাকিলে ট্রাস ব্যবহার করাইবে। সংযোগ না থাকিলে কর্ত্তন করিয়া কোষ উচ্ছেদ করা উচিত।

রাউণ্ড লিগামেণ্টের অর্ব্বুদ (Tumours of the Round Ligament) :—নানা প্রকারের হইতে পারে—তন্মধ্যে বাহ্যরিং এর বাহ্য পার্শ্বের অর্ব্বুদ এস্থানে আলোচ্য। অন্ত্রবৃদ্ধির ন্যায় এই অর্ব্বুদ দক্ষিণ পার্শ্বে অধিক হয়। সাধারণতঃ পুপার্টস্ লিগামেণ্টের মধ্য তৃতীয়াংশে অবস্থিত, কিন্তু বৃহৎ হইলে নিম্নে—ওষ্ঠ মধ্যে, ঊর্দ্ধ বাহ্যদিকে ইঙ্গুইন্যাল কেনালে এবং ইলিয়াকসা মধ্যে প্রবিষ্ট হয়।

সামান্য বেদনা থাকে, আর্ত্তব স্রাব সময়ে টন্‌টনানী উপস্থিত হইতে পারে কিন্তু সেই স্থানে অণ্ডাশয় উপস্থিত হইলে যেরূপ টন্‌টনানী হয়, ইহাতে তদ্রূপ হয় না। হাইড্রোসিলের অনুরূপ তরল দ্রব্যের তরঙ্গ, হার্ণিয়ার অনুরূপ কাশীর ধাকা অনুভব করা যায় না। সঞ্চাপে স্থানচ্যুত

হয় না কিম্বা সন্তাপ দিলে গ্রন্থিতে যেরূপ বেদনা হয়, ইহাতে তদ্রূপ বেদনা অনুমিত হয় না। ইহাতেও নিঃসন্দেহ হইতে না পারিলে কর্ত্তন করিয়া পরীক্ষা করতঃ অর্ব্বুদ হইলে তৎক্ষণাৎ উচ্ছেদ করিয়া যথারীতি সীবন, বন্ধন এবং চিকিৎসা করিবে। অনবধানে কর্ত্তন করিলে এপিগ্যাষ্ট্রিক ধমনী কর্ত্তিত হওয়ার সম্ভাবনা। তাহা স্মরণ রাখা উচিত।

এলিফেণ্টাইয়েসিস (Elephantiasis) অব্ ভলভা।—এই পীড়া পুরুষের কোড়ণ্ড পীড়ার অনুরূপ। যোনিদ্বারের আশে পাশের লসীকাবাহিকা মধ্যে ফাইলেরিয়া স্যাঙ্গুইনিস হোমিনিস

১৯৪ তম চিত্র।—ভলভার এলিফেণ্টায়েসিসের প্রতিকৃতি।

প্রবিষ্ট হওয়ার ফলে রসসঞ্চালন বন্ধ হইয়া লেবিয়া, ক্লাইটোরিস প্রভৃতি ক্রমে ক্রমে বর্দ্ধিত হইয়া এত বৃহৎ হয় যে, তাহার গুরুত্ব চৌদ্দ সের পর্য্যন্ত কিম্বা তদধিক হইতে পারে। দোদুল্যমান বৃহৎ অর্ব্বুদ জানুসন্ধি পর্য্যন্ত লম্বিত হইতে দেখা গিয়াছে। ডাক্তার রে মহাশয়

মেডিকেল কলেজ হাঁসপাতালে এরূপ বৃহৎ জলভার এলিফেন্‌টায়েসিস অস্ত্রোপচার করিয়া আরোগ্য করিয়াছিলেন।

নানা কারণে ক্লাইটোরিসের লেবিয়ামেজোরায় এবং মাইনোরায় পুরাতন প্রদাহ কিম্বা পরিপোষণের আধিক্য হইলে উক্ত গঠন বিবর্দ্ধিত হয়, এইরূপে পরিবর্দ্ধিত লেবিয়া মাইনোরা দশ ইঞ্চি পর্য্যন্ত এবং-লেবিয়া মেজোরা এক সেরেরও অধিক হইতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু তাহাতে ফাইলেরিয়া বর্ত্তমান থাকে না। আফ্রিকার কোন কোন স্ত্রীলোকের লেবিয়া মাইনোরা অত্যন্ত বৃহৎ হইয়া থাকে, তাহা হটেণ্টট্ এপ্রন (Hottentot Apron) নামে উক্ত হয়। এই-রূপ বিবৃদ্ধিতে আকৃতির কোন বৈলক্ষণ্য না হইয়া কেবল বৃহৎ হয় মাত্র। সাধারণতঃ সৌত্রিক বিধানের পরিমাণ অধিক হয়। এস্‌থেও-মেনিতে ত্বকের প্রদাহের ফলে সৌত্রিক বিধানের আধিক্য হইয়া পীড়িত স্থান বিবর্দ্ধিত হয়, কিন্তু এলিফেণ্টায়েসিস্ হইলে ফাইলেরিয়া কর্ত্তৃক লসীকা বাহিকা অবরুদ্ধ হওয়ায় রস সঞ্চিত হইয়া সেই স্থানের ত্বক্ ও তৎসম্মিলিত কৌষিক বিধানে পুরাতন রক্তাধিক্য হওয়ায় ক্রমে ক্রমে স্ফীত হইতে থাকে। প্রদাহজ শোথ হওয়ার পর সৌত্রিক বিধানের পরিমাণ ক্রমে অধিক হয়। এই সৌত্রিক বিধান শুভ্রবর্ণ, স্থিতিস্থাপক, শোথযুক্ত স্থূল, অসুলম্বভাবে অবস্থিত; লসীকা স্থান প্রসারিত, লসীকা বাহিকা বিস্তৃত ও বক্র। আবদ্ধ রস শোষণের চেষ্টাতেই ঐরূপ পরি-বর্ত্তন উপস্থিত হয়। ত্বক্ ক্রমেই স্থূল হইতে থাকে। বাহ্যস্থিত স্তরের শল্কবৎ অংশ স্খলিত হইতে দেখা যায়।

অনেকস্থলেই প্রতিপক্ষে জ্বর হইতে দেখা যায়। জ্বরের সঙ্গে সঙ্গে লসীকা বাহিকার প্রদাহ (লিম্ফেঞ্জাইটিস) হওয়ায় পীড়িত স্থান আরও স্ফীত হয়; প্রদাহের অন্যান্য লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। দুই তিন দিবস মধ্যে জ্বর আরোগ্য হয় সত্য কিন্তু স্ফীততা নিঃশেষ হইয়া

আরোগ্য হয় না। মধ্যে মধ্যে এইরূপ জ্বর হইয়া স্ফীততা ক্রমেই বৃদ্ধি পায়।

পীড়ার প্রথমাবস্থায় ফাইলেরিয়া প্রাপ্ত হওয়া যাইতে পারে, কিন্তু শেষে লসীকা বাহিকা সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ হইলে আর ফাইলেরিয়া দেখা যায় না। প্রথমে সামান্য যন্ত্রণা থাকে, কিন্তু শেষে অর্ব্বুদের গুরুত্ব জন্য যান্ত্রিক অসুবিধা ব্যতীত অপর কোন যন্ত্রণা থাকে না। ঘর্ষণ জন্য ক্ষত হইতে পারে। অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলে নিম্নাংশে প্রায় ক্ষত বর্ত্তমান থাকে। অর্ব্বুদের কোন কোন স্থানে কদাচিৎ ইরিসিপেলাস হইতে দেখা যায়। কখন বা ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র স্ফোটক হইয়া ক্ষত হয়। ক্লাইটোরিস অত্যন্ত বৃহৎ হইলে তাহা সহজে স্থির করা যায় না।

চিকিৎসা।—অস্ত্রোপচার দ্বারা অর্ব্বুদ উচ্ছেদ ব্যতীত আরোগ্যের অন্য কোন উপায় নাই। সুতরাং যতশীঘ্র অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করা যায়, ততই মঙ্গল; জ্বর, উদরাময়, মূত্রে অণ্ডলাল ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকিলে প্রথমে তাহার চিকিৎসা করিয়া রোগিণীর স্বাস্থ্যবর্দ্ধন করতঃ তৎপর অস্ত্রোপচার করা বিধি।

অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে পীড়িত অংশ পচন নিবারক জল দ্বারা ধৌত করিয়া পরিষ্কার করিবে এবং অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলে অস্ত্রোপচারের কয়েক ঘণ্টা পূর্ব্বে বন্ধনী দ্বারা অর্ব্বুদ উত্থিত করিয়া রাখিবে। পুরুষের কোরণ্ড উচ্ছেদ অস্ত্রোপচার প্রণালীতে ইহাও উচ্ছেদ করিতে হয়।

এই অস্ত্রোপচারে অত্যধিক শোণিত স্রাব হয়, তাহার প্রতিবিধান কল্পে অর্ব্বুদের মূলদেশ পরিবেষ্টন করিয়া অত্যন্ত কষিয়া রবারের নল বন্ধন করা উচিত। মূত্রনালীর সম্মুখের ত্বক্ অত্যধিক স্ফীত হইয়া থাকিলে প্রথমে মূত্রনালীর মুখ স্থির করিয়া রাখা কর্ত্তব্য।

ক্লোরফরম দ্বারা চৈতন্যনাশ করতঃ উত্তানভাবে স্থাপন করিয়া উরুদ্বয় উদরের উভয়পার্শে টানিয়া রাখিবে। এক খণ্ড স্থূল দীর্ঘ রবারের

নল কটিদেশের পশ্চান্নিম্নাংশ পরিবেষ্টন করতঃ উভয় অন্ত সম্মুখে লইয়া আসিবে। নলের বামপার্শ্বের অন্ত দক্ষিণ কুচ্‌কির উপর দিয়া —অর্ব্বুদমূলের দক্ষিণ পার্শ্ব পরিবেষ্টনপূর্ব্বক মলদ্বারের বামপার্শ্ব দিয়া পুনর্ব্বার বামপার্শ্বের সম্মুখে আনিবে। নলের দক্ষিণপার্শ্বের অন্তও এইরূপে বিপরীতপার্শ্ব পরিবেষ্টন করিয়া সম্মুখে আনিবে। পরিশেষে উল্লমরূপে কষিয়া উভয় অন্ত একত্র করিয়া বন্ধন করিবে। কেহ কেহ দুইবার নল পরিবেষ্টন করিয়া বন্ধন করেন। অর্ব্বুদ লেবিয়ার একপার্শ্বে এবং অর্ব্বুদমূল সূক্ষ্ম হইলে সুস্থবিধানের সহিত অর্ব্বুদের সংযোগস্থলে মুষ্টিযুক্ত সূচিকাবিদ্ধ ও ইহা দ্বারা দৃঢ় রেসমসূত্র প্রবেশ করাইয়া আড়াআড়িভাবে অত্যন্ত কষিয়া বন্ধন করতঃ অস্ত্রোপচার করা যাইতে পারে।

রবারের নল বন্ধন করা হইলে ছুরিকা দ্বারা সুস্থবিধানের পার্শ্ব হইতে পরিবেষ্টন কষিয়া কর্ত্তন করতঃ অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করিবে। অর্ব্বুদ উচ্ছেদ করার পর রবারের নল অল্পে অল্পে শিথিল করিলে শোণিত স্রাব হইতে আরম্ভ হয়। এই সময়ে যে যে স্থান হইতে শোণিত নিঃসৃত হইতে আরম্ভ হয়, তাহা সঙ্কাপ ফরসেপ্‌স্‌ দ্বারা অতি সত্বরে সঙ্কাপিত করিয়া রাখিবে। প্রত্যেক শোণিত স্রাবের স্থান সঙ্কাপিত হওয়ার পর রবারের নল দূরীভূত করিয়া কোন কোন স্থানের শোণিত স্রাব কেবলমাত্র সঙ্কাপে বদ্ধ করিবে এবং তাহা অযথোচিত বিবেচিত হইলে লিগেচার প্রদান করিবে। পরিশেষে পচন নিবারক জল দ্বারা ধৌত করিয়া কর্ত্তনের উভয় ধার একত্র করতঃ বালামচী দ্বারা সেলাই করিয়া সম্মিলিত করিয়া দিবে। সর্ব্বশেষে আইডোফরম প্রক্ষেপ, পচন নিবারক গজ দ্বারা আবৃত এবং T ব্যাণ্ডেজ দ্বারা বন্ধন করিয়া দিলেই অস্ত্রোপচার শেষ হইল।

প্রস্রাব করার সময়ে ক্ষতের ঔষধ মূত্রসিক্ত হওয়ার আশঙ্কা থাকিলে

নল দ্বারা প্রস্রাব করান উচিত। বেদনা নিবারণ জন্য মর্ফিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে। তৎপর অবস্থানুযায়ী ঔষধ প্রয়োগ করা আবশ্যক।

সাধারণতঃ তিন সপ্তাহ মধ্যে আরোগ্য হইতে দেখা যায়। পীড়িত বিধানের সামান্য অংশ অবশিষ্ট থাকিলেও সেই অংশ পুনর্ব্বার অত্যন্ত বর্দ্ধিত হওয়ার সম্ভাবনা। তজ্জন্য সমস্ত পীড়িতবিধান সাবধানে নিঃশেষে উচ্ছেদ করা উচিত।

ষড়্‌ত্রিংশ অধ্যায়।

বারথোলিনের গ্রন্থির পীড়া।

(Diseases of Bartholin's Glands.)

যোনির পশ্চাৎ ও বাহ্য অংশে অবস্থিত জন্য এই গ্রন্থির নাম ভলভো-ভেজাইন্যাল গ্ল্যাণ্ড। অপর নাম—ডাভার্নীস গ্ল্যাণ্ড (Duverney's Gland); পরন্তু, পুরুষের কাউপারস্ গ্রন্থির অনুরূপ জন্য কাউপারস্ গ্ল্যাণ্ডস্‌ও বলা হয়। লেবিয়া মেজোরার অভ্যন্তর পার্শ্বের গভীর অংশে—যোনি এবং সরলান্ত্রের মধ্যস্থিত ত্রিকোণ স্থানে—হাইমেন হইতে ⅓ ইঞ্চ ঊর্দ্ধে, ইস্কিয়ম হইতে অর্দ্ধ ইঞ্চ ব্যবধানে, লেবিয়া মেজোরার বাহ্য ধার হইতে এক ইঞ্চ, জেনিটোক্রুরাল ভাঁজ হইতে ⅓ ইঞ্চ ব্যবধানে অবস্থিত। ইহা ল্যাক্রিম্যাল গ্রন্থির অনুরূপ। জীর্ণাশীর্ণা স্ত্রীলোকের লেবিয়া মেজোরার অভ্যন্তর পার্শ্বে সিমবীজের অনুরূপ আয়তনের গ্রন্থি অনুভব করা যায়। এক এক স্ত্রীলোকের এক এক আয়তনের ও আকৃ-

ভিন্ন হইতে পারে। অনেক স্থলে একই স্ত্রীলোকের উভয় পার্শ্বের গ্রন্থি বিভিন্ন আয়তনের হইতে দেখা যায়। সঙ্গমাসক্তির বয়সে অপেক্ষাকৃত বৃহৎ আয়তনের হয়। বাহ্য প্রদেশ কুব্জ ও অভ্যন্তর প্রদেশ ন্যুব্জ, ডীপ পেরিনিয়াল ফেসিয়া দ্বারা যোনি হইতে পৃথক্ থাকে সুতরাং স্ফোটক হইলে যোনিমধ্যে বিদীর্ণ হইতে পারে না। এই গ্রন্থির বাহ্য ও সম্মুখাংশে স্ফিঙরেকৃটাল ফসার বসা, এবং পশ্চাৎ ও অভ্যন্তরাংশে পিউডিক ধমনীর শাখা, শিরা ও স্নায়ু অবস্থিত। ইহার স্রাব নিঃসারক নল কিঞ্চিদধিক অর্দ্ধ ইঞ্চ দীর্ঘ, নিম্ন ও পশ্চাৎ হইতে উর্দ্ধাভ্যন্তর ও সম্মুখাভিমুখে আসিয়া যোনিমুখের পার্শ্বের নিম্ন অর্দ্ধাংশের মধ্যে—যে স্থানে হাইমেন যোনিমুখের প্রাচীরসহ সম্মিলিত হইয়া কোণাকৃতিতে পরিণত হইয়াছে, সেই স্থানে উন্মুক্ত হইয়াছে। সুস্থাবস্থায় এই মুখ এক খণ্ড শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির পর্দ্দা দ্বারা এরূপভাবে আবৃত থাকে, যে তন্মধ্যে সহজে শলাকা প্রবেশ করান যায় না। সুস্থাবস্থায় স্রাব চট্‌চটে, বর্ণহীন স্বচ্ছ। ইহার ক্রিয়ার সহিত ক্লাইটোরিস এবং অণ্ডাশয়ের ক্রিয়ার সম্বন্ধ আছে। কাম প্রবৃত্তির উত্তেজনায় যথেষ্ট স্রাব নিঃসৃত হয়।

যৌবনারম্ভের পূর্ব্বে এবং আর্ত্তব স্রাব এককালীন বন্ধ হওয়ার পরে অর্থাৎ কাম প্রবৃত্তির অভাবে এই গ্রন্থির পীড়া হওয়া অতি বিরল ঘটনা। যে ঋতুতে রতিশক্তি উত্তেজিত হয়, সেই ঋতুতে এই গ্রন্থির পীড়াও অধিক হয়। অত্যধিক সঙ্গম, হস্তমৈথুন, প্রসব ইত্যাদি জন্য আঘাত ও প্রমেহ জন্য বারথোলিনের গ্রন্থির প্রদাহ প্রবণতা উপস্থিত হয়।

যোনির প্রদাহ জন্য বারথোলিনের গ্রন্থির স্রাবনিঃসারক নলের প্রদাহ হইতে দেখা যায়। নলমুখের স্থান পরিষ্কার করিয়া সঞ্চাপ দিলেই মুখ হইতে পূয়বৎ স্রাব নিঃসৃত হয়। মুখের পার্শ্বদেশ আরক্ত বেগুনী বর্ণের রেখা দ্বারা পরিবেষ্টিত দেখা যায়। এইরূপ প্রদাহ প্রমেহসম্ভূত হইলে আরোগ্য করা অত্যন্ত কঠিন। স্যাক্রিমাল ডক্টের শোথের

অনুরূপ প্রণালী ক্রমে কর্ত্তন করতঃ মুখ প্রসারিত করিয়া নাইট্রেট অব সিলভার পেনশীল সংলগ্ন করিলে উপকার হওয়ার সম্ভাবনা। কিন্তু স্ত্রীলোকে ইহা সামান্য পীড়া মনে করিয়া প্রায়ই চিকিৎসা করায় না।

অত্যধিক স্রাব।—সাধারণতঃ স্ত্রীলোকদিগের কাপড়ে যে সাদা দাগ লাগে, তাহার অনেক অংশ এই গ্রন্থির অধিক স্রাবের ফল। সময়ে সময়ে এত অধিক স্রাব নিঃসৃত হয় যে, ইহার স্রাব নিঃসারক নলে সঙ্কাপ দিলেই যথেষ্ট স্রাব বহির্গত হয়। স্বপ্নদোষেও স্রাব হইতে পারে। সঙ্গম সময়ে সাধারণতঃ এই গ্রন্থির স্রাবের জন্য যোনি-দ্বার আর্দ্র হয়। যোনিদ্বারের প্রদাহেও অধিক স্রাব হয়। প্রমেহ জন্য স্রাব পূয়বৎ এবং স্রাবের উত্তেজনায় কণ্ডুয়ন ও ক্ষত হইতে পারে।

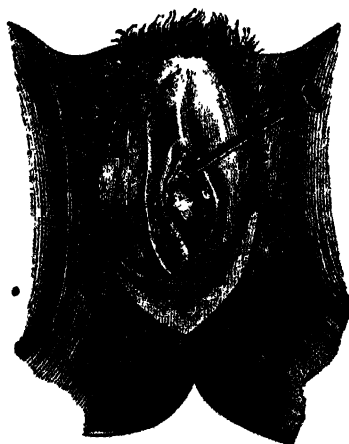
স্রাবাধিক্য নিবারণ জন্য যোনিমধ্যে বোরাক্স, বোরিক এসিড, এসিটেট অব লেড—অবসাদক ডুস প্রয়োগ করিবে। পীড়িতাবস্থায় পরিষ্কার করিয়া অবসাদক চূর্ণ প্রক্ষেপ করিবে। ব্যাপক কোন পীড়া থাকিলে তাহারও চিকিৎসা করিবে।

দীর্ঘ কাল অধিক পরিমাণে স্রাব হইতে থাকিলে গ্রন্থির আয়তন ক্রমে বৃহৎ হওয়ার সম্ভাবনা। সাধারণতঃ নিম্নলিখিত চারি প্রকারের বিবর্দ্ধিত গ্রন্থি পরিলক্ষিত হয়।

১। প্রদাহজ বিবৃদ্ধি (Inflammatory Hypertrophy)। প্রদাহজন্য গ্রন্থি বর্দ্ধিত ও টন্‌টনে বেদনাযুক্ত ও স্পর্শে কঠিন নিরেট বোধ হয়। স্থিতিস্থাপক কিম্বা তরল দ্রব্যের তরঙ্গ অনুভূত হয় না। কিন্তু গুঁটী গুঁটী বোধ হইতে পারে। সঙ্গমকষ্ট হয় এবং তজ্জন্য বেদনার বৃদ্ধি হইতে পারে। সাধারণ প্রদাহ নিবারক চিকিৎসায় আরোগ্য হইতে দেখা যায়।

২। সৌত্রিক বিধান সঞ্চয় জন্য কাঠিন্য (Fibrous

induration)।—সৌত্রিক বিধানের আধিক্য জন্ত গ্রন্থি বৃহৎ—এক ইঞ্চ দীর্ঘ এবং অর্দ্ধ ইঞ্চ স্থূল হইতে পারে। এই পীড়াও অত্যন্ত বিরল।

৩। বারথোলিনের গ্রন্থির কোষার্ব্বুদ (Cyst of Bartholin's Glands)।—গ্রন্থির স্রাব নিঃসারক নলের অবরোধ জন্য অভ্যন্তরে স্রাব সঞ্চিত হওয়ায় গ্রন্থি কোষাবৃত অর্ব্বুদে পরিণত হইতে পারে। এইরূপ কোষার্ব্বুদ সাধারণতঃ ৩ই শ্রেণীতে বিভক্ত—(১) স্রাব নিঃসারক নলে অর্ব্বুদের উৎপত্তি হইলে বাহ্য জননেন্দ্রিয়ের আকৃতির পরিবর্ত্তন হয়—আক্রান্ত ওষ্ঠের নিম্ন তৃতীয়াংশ স্ফীত ও পটলের অনুরূপ আকৃতিতে পরিণত হওয়ায় ওষ্ঠ দুই অংশে বিভক্ত বোধ

১৯৫তম চিত্র। বারথোলিনের গ্রন্থির নলের কোষার্ব্বুদের প্রতিকৃতি। মূত্রনালী মধ্যে ক্যাথিটার সংস্থাপিত রহিয়াছে।

হয়। অর্ব্বুদ বৃহৎ হইলে গোলাকার হইতে পারে। (২) কেবল মাত্র গ্রন্থি মধ্যে অর্ব্বুদের উৎপত্তি হইলে তাহা গভীর স্তরে অবস্থিত,

প্রথম হইতেই গোলাকার, ক্রমে বর্দ্ধিত হইয়া যোনির পার্শ্ব দিয়া সরলান্ত্রের অভিমুখে গমন করে, কদাচিৎ উর্দ্ধাভিমুখে—মূত্রনালীর দিকেও যাইতে পারে।

নবের অর্ব্বুদ বাহ্যস্তরে অবস্থিত হইলে কাঠ বাদাম অপেক্ষা কদাচিৎ বৃহৎ হয়। যোনিমুখ হইতে বহিরুন্মুখাবস্থায় দেখা যায়। কেবল মাত্র শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি দ্বারা আবৃত থাকে। গ্রন্থির কোষার্ব্বুদ হংসডিম্ব অপেক্ষা কদাচিৎ বৃহৎ হয়। লেবিয়া মেজোরার পশ্চাদংশে—গভীর স্তরে—যোনিমুখ ও ইস্কিয়মের এসেডিং রেমসের মধ্যে অবস্থিত। লেবিয়া মেজোরা ও মাইনোরা উভয়ই উত্থিত থাকে।

অভ্যন্তরস্থিত কোষ এক, বা তদধিক হইতে পারে। কোষাভ্যন্তরস্থিত স্রাব পীতাভযুক্ত বা স্বচ্ছ চটচটে শোণিত মিশ্রিত থাকিলে পাটল বর্ণ হইতে পারে। এই অর্ব্বুদ স্থিতিস্থাপক, তরল দ্রব্যের তরঙ্গ অনুভব করা যাইতে পারে।

গমনাগমনে এবং সঙ্গমে কষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। সচরাচর বেদনা থাকে না; কিন্তু অতি সহজে প্রদাহ ও পূয়োৎপত্তি হইতে পারে। প্রমেহ পীড়ার সংস্রবই এই পীড়ার কারণ। তজ্জন্য আঁচিল ইত্যাদি পীড়ার ন্যায় বারাঙ্গনাদিগের অধিক হইতে দেখা যায়।

নির্ণয়।—অর্ব্বুদের আকৃতি, আয়তন, প্রকৃতি, অবস্থান, স্থিতিস্থাপকত্ব এবং তরঙ্গ সঞ্চালন দৃষ্টে সহজে পার্থক্য নির্ণীত হইতে পারে। লেবিয়ার মেদ ও সৌত্রিক অর্ব্বুদে তরল দ্রব্যের তরঙ্গ অনুভূত হয় না; পরন্তু বারথোলিনের গ্রন্থির কোষার্ব্বুদ অপেক্ষা ত্বকের অধিকতর বাহ্যস্তরে অবস্থিত। নাক কেনালের হাইড্রোসিল লেবিয়া মেজোরার সম্মুখ অর্দ্ধাংশে অবস্থিত, তদপেক্ষা নিম্নে আনা যাইতে পারে না, বাহ্য রিংএর সহিত সম্বদ্ধ ও অভ্যন্তরস্থিত তরল পদার্থ জলবৎ—স্বচ্ছ। এক পার্শ্বের পাইও বা হিমেটোকল্পোস হইলে যোনির উর্দ্ধাংশে ধাক্কা দিলে তাহা

উক্ত অর্ব্বুদের নিম্নাংশ মধ্যে অন্তর্ভূত হয়। পরন্তু হিমেটোকল্পোসে আর্ত্তব স্রাব সময়ের বেদনার ইতিবৃত্ত থাকে, কিন্তু বারথোলিনের সিষ্টে এই সমস্ত লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে না। অত্যন্ত অসাবধান না হইলে কখন হার্ণিয়ার সহিত ভ্রম হয় না।

চিকিৎসা।—অর্ব্বুদ সম্পূর্ণ উচ্ছেদ করাই আরোগ্য করার একমাত্র উপায়। অর্ব্বুদ প্রাচীর কর্ত্তন করিয়া তরল পদার্থ বহির্গত করিয়া দিলে পুনর্ব্বার কোষার্ব্বুদের উৎপত্তি হয়। প্রাচীরের কিয়দংশ দূরীভূত করতঃ কোষমধ্যে প্রত্যহ সাবধানে ঔষধ প্রয়োগ করিলে অভ্যন্তর হইতে ক্ষতাঙ্কুর পরিপূর্ণ হইয়া আসিলে ক্ষত শুষ্ক এবং অর্ব্বুদ আরোগ্য হইতে পারে সত্য কিন্তু প্রত্যহ ঔষধ প্রয়োগের সামান্য ক্রটী হইলেই পুনর্ব্বার অর্ব্বুদের উৎপত্তি হইতে দেখা যায়। সুতরাং অতি ক্ষুদ্র কোষার্ব্বুদ ব্যতীত অন্য স্থলে এই প্রণালীতে চিকিৎসা করা অনুচিত।

বৃহৎ কোষার্ব্বুদ উচ্ছেদ সময়ে অত্যধিক শোণিত স্রাব, সরলান্ত্র আহত, এবং লেবিয়ার অধিক ত্বক্ কর্ত্তিত হইলে তাহার কোন অংশ বিগলিত হওয়ার আশঙ্কা থাকে।

অস্ত্রোপচার।—উত্তানভাবে স্থাপন করতঃ ক্লোরফরম দ্বারা চৈতন্য নাশ করিয়া ক্ষৌর কার্য্য দ্বারা লোমাবলী দূরীভূত, পচন নিবারক জল দ্বারা যোনি ধৌত, বাহ্য অংশ সমূহ সাবান জল দ্বারা পরিষ্কার করিয়া পুনর্ব্বার পচন নিবারক জল দ্বারা ধৌত করিবে। অনেকে এই কার্য্য পূর্ব্বদিবস সম্পাদন করা ভাল বোধ করেন।

লেবিয়ার গতি অনুযায়ী অর্ব্বুদের উন্নত অংশের সমস্ত দীর্ঘতায় কর্ত্তন করিয়া ত্বক্ বিযুক্ত করিবে। সাধারণতঃ এই অংশের ত্বক্ সঞ্চালনীয় অবস্থায় থাকে। ত্বক্ কর্ত্তন করার পর তন্নিম্নস্থিত কৌষিক বিধান কর্ত্তন করিয়া ছুরিকার মুষ্টি দ্বারা সন্নিকটস্থিত অপরাপর অংশ হইতে অর্ব্বুদ প্রাচীর বিযুক্ত করিবে। এই কার্য্য অতি ধীরভাবে সাবধানে

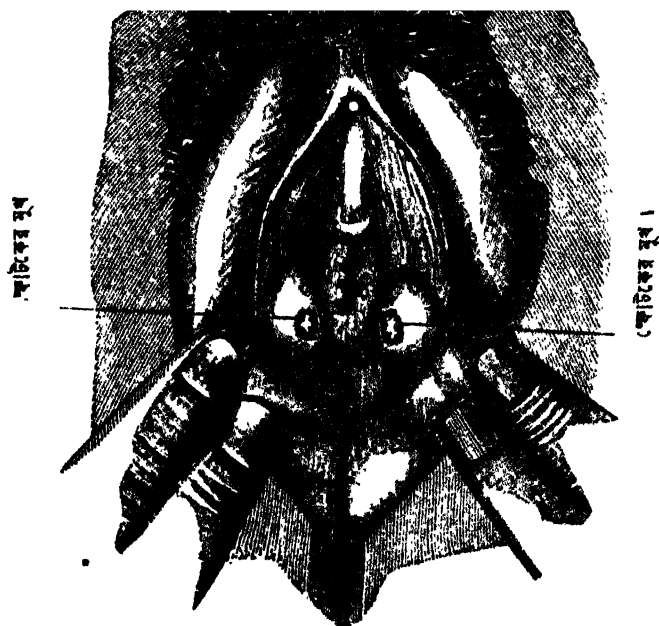
না করিলে অর্ব্বুদ প্রাচীর বিদ্ধ হইয়া তন্মধ্যস্থিত পদার্থ বহির্গত হইয়া যাইতে পারে; তাহা স্মরণ রাখা উচিত। অর্ব্বুদের তরল পদার্থ বহির্গত হইয়া গেলে তাহার প্রাচীর বিযুক্ত করা অত্যন্ত কষ্টসাধ্য হয়। অর্ব্বুদের পশ্চাদংশে উপস্থিত হইলে কেবলমাত্র ছুরিকার মুষ্টি দ্বারা বিযুক্ত করা অত্যন্ত কঠিন। তজ্জন্য আবশ্যকীয় স্থলে ছুরির ধারের অংশ দ্বারা বিযুক্ত করিতে হয়। এই সময়ে শোণিত স্রাব হইতে আরম্ভ হইলে সঙ্কাপ ফরসেপস্ কিম্বা লিগেচার দ্বারা বন্ধ করিবে।

অর্ব্বুদ বিযুক্ত এবং বহির্গত করার পর ১ : ২০০০ সবলাইমেট লোশন দ্বারা ক্ষত গহ্বর উত্তমরূপে ধৌত করিবে। ক্ষতের নিম্নমুখ দিয়া অভ্যন্তরস্থিত স্রাব বহির্গত হইয়া যাইতে পারে—এমতভাবে ড্রেনেজ টিউব স্থাপন করতঃ কর্ত্তিত অংশের উভয় পার্শ্ব একত্র করিয়া সেলাইয়ের দ্বারা আবদ্ধ করিয়া রাখিবে।

পরিশেষে আইডোফরম চূর্ণ প্রক্ষেপ ও পচননিবারক গজ স্থাপন করিয়া T ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিয়া অবস্থানুযায়ী পরবর্ত্তী চিকিৎসা করিবে।

বারথোলিনের গ্রন্থির স্ফোটক (Abscess of the Bartholinian Gland)।—বারথোলিনের গ্রন্থির এবং তাহার নলের সিষ্টের যেমন সামান্য প্রকৃতির পার্থক্য থাকে, ইহার স্ফোটকেরও তদ্রূপ পার্থক্য দেখা যায়।

নলমধ্যে স্ফোটক (Abscess in the duct) হইলে তাহার আয়তন সাধারণতঃ কাঠ বাদাম অপেক্ষা কদাচিৎ বৃহৎ হয়। অনেক স্থলে উভয় পার্শ্বে লেবিয়া মেজোরার নিম্নভাগের স্থূলাংশে দ্রুত উৎপন্ন—দশ হইতে বারঘণ্টার মধ্যে টনটনে লাল স্ফীত হইয়া উঠে এবং দুই তিন দিবস মধ্যে লেবিয়া মেজোরার অভ্যন্তর পার্শ্বে আপনা হইতে বিদীর্ণ হয়। নিঃসৃত পূয় সহ গ্রন্থির স্রাব মিশ্রিত থাকায় দুগ্ধবৎ কিম্বা সবুজবর্ণ হইতে পারে। এই স্ফোটক বাহ্যপার্শ্বে কখন বিদীর্ণ হয় না।

আপনা হইতে মুখ হওয়ায় ভালরূপে পূয বহির্গত হইতে পারে না, তজ্জন্য সমস্ত পূয বহির্গত হইতে প্রায় এক সপ্তাহ সময় লাগে। মুখ-মধ্য

১১৬ তম চিত্র। বারথোলিনিয়ান গ্রন্থির নলের স্ফোটক।

দিয়া শলাকা প্রবেশ করাইলে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির নিম্নেই ক্ষুদ্র পরিষ্কার স্ফোটক গহ্বর অনুভব করা যাইতে পারে। (১) নলের মুখমাত্র উন্মুক্ত হওয়ায় পূয বহির্গত হইলে পুনর্ব্বার ঐ মুখ বন্ধ হইয়া যায়। সুতরাং পুনর্ব্বার পূয সঞ্চিত হওয়ার সম্ভাবনা বর্ত্তমান থাকে। (২) পূয়ের কিয়দংশ নলের মুখ পথে এবং কিয়দংশ স্ফোটক প্রাচীর বিদীর্ণ

হওয়ায় তৎস্থান দিয়া বহির্গত হইলে অল্প সময় মধ্যেই সমস্ত পূয বহির্গত হইয়া যাইতে পারে, তজ্জন্য তিন চারি দিবস মধ্যে স্ফোটক আরোগ্য হয়। কিন্তু এইরূপ স্থলেও পুনর্ব্বার স্ফোটক হওয়ার সম্ভাবনা। (৩) কেবলমাত্র স্ফোটক প্রাচীর বিদীর্ণ হইয়া সমস্ত পূয তৎপথে বহির্গত হইলে স্ফোটকের মুখ বন্ধ হয় না এবং পুনর্ব্বার স্ফোটকও হয় না। কিন্তু গ্রন্থির স্ফোটক হওয়ার আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে। এইরূপ মুখ শ্যাঙ্কারের ক্ষতের সহিত ভ্রম হওয়া অসম্ভব নহে; কিন্তু শ্যাঙ্কার ঐরূপ গভীর হয় না কিম্বা তাহার ধারও তত উচ্চ হয় না।

গ্রন্থিমধ্যে স্ফোটক (Abscess in the Gland) হইলে,

১৯৭ তম চিত্র। বারথালিনিয়ান গ্রন্থির স্ফোটক।

প্রথমে লেবিয়ার উষ্ণতা, কণ্ডূয়ন, বেদনা এবং যন্ত্রণা হইয়া তৎপর

স্ফীততা এবং টন্‌টনানী উপস্থিত হয়। লেবিয়ার পশ্চাতে—মলদ্বারের এক ইঞ্চ সম্মুখে বেদনার কেন্দ্র স্থান হইয়া পশ্চাৎ, পার্শ্ব এবং সম্মুখে বিস্তৃত হইতে থাকে; স্ফীততা ক্রমে ক্রমে বৃদ্ধি পাইতে থাকে। এই অবস্থাতেও পূয়োৎপত্তি না হইয়া আরোগ্য হইতে পারে সত্য; কিন্তু অধিকাংশস্থলে পূয়োৎপত্তি হইতে দেখা যায়। স্ফোটক সম্পূর্ণ বর্দ্ধিত হইলে পেয়ারার আকৃতি অপেক্ষা কদাচিৎ বৃহৎ হয়। এই স্ফোটক লেবিয়ার দিক অপেক্ষা মলদ্বারের অভিমুখে অধিক অগ্রসর হয় সত্য কিন্তু মলদ্বার পর্য্যন্ত উপস্থিত হয় না। বাহ্যদিকে অধিক অগ্রসর না হইয়া অপর পার্শ্বের লেবিয়ার দিকে ঝুলিয়া পড়ায় যোনিদ্বার অবরুদ্ধ হয় এবং যোনি মধ্যস্থিত স্রাব বহির্গত হইতে পারে না। অঙ্গুলী দ্বারা পরীক্ষা করিলে লেবিয়ার ঊর্দ্ধ দুই তৃতীয়াংশ তত পরিবর্ত্তিত বোধ হয় না—কেবল সামান্যমাত্র স্ফীত বোধ হয়, কিন্তু লেবিয়ার পশ্চাৎ তৃতীয়াংশ গোল সীমাবদ্ধ অত্যধিক স্ফীত বোধ হয়। গ্রন্থি মধ্যে পূয় হইলেও তাহা ত্বক্ এবং শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি হইতে দূরবর্ত্তী থাকায় দুই তিন দিন কঠিন আবদ্ধ অবস্থায় থাকিয়া তৎপর কোমল হয়। স্ফীততার অভ্যন্তর পার্শ্বে প্রথমে তরল পদার্থ অনুভব করা যাইতে পারে। লেবিয়ার অভ্যন্তর অংশ ব্যতীত অপর স্থান আরক্ত কিম্বা বাহ্য টনটনে হয় না। এই স্থানেই স্ফোটকের মুখ হয়, লেবিয়ার বাহ্যদেশে কিম্বা সম্মুখ ধারে কখন মুখ হয় না। মুখ হইয়া পূয় বহির্গত হইয়া গেলে যদি তন্মধ্যে শলাকা প্রবেশ করান যায়, তবে ঐ শলাকা ইস্কিয়মের টিউবারসিটীর অভিমুখে এক ইঞ্চমাত্র গমন করে। স্ফোটকগহ্বরের প্রাচীর স্থূল বিধান দ্বারা যোনিপ্রাচীর হইতে পৃথক্ থাকে। কখন কখন প্রথমে নলে স্ফোটক হইয়া তৎপর গ্রন্থিতে স্ফোটক হইলে নলের মুখ দ্বারা পূয় বহির্গত হইতে পারে। এইরূপ স্থলে স্ফোটক ক্ষুদ্র এবং বিলম্বে আরোগ্য হয়। বারথোলিনের গ্রন্থির স্ফোটক সরলান্ত্রে বিদীর্ণ হয়

না, কিম্বা পূয়ে মলের গন্ধ থাকে না। পূয় বহির্গত হইলে চারি পাঁচ দিবস মধ্যে উপশম এবং দুই তিন সপ্তাহের মধ্যে সম্পূর্ণ আরোগ্য হয়। সাধারণতঃ এক পার্শ্বে স্ফোটক হয়।

বারথোলিনের গ্রন্থির স্ফোটকের বেদনা তীক্ষ্ণ কর্ত্তনবৎ। জ্বর হইতে পারে, কচিৎ প্রস্রাব বন্ধ হয়। নিকটস্থিত কৌষিক বিধানে পূয়োৎপত্তি হইতে পারে। এইরূপ স্থলে পেরিনিয়ামে এবং সরলান্ত্রে একাধিক মুখ হওয়া অসম্ভব নহে। ইহা বিনা চিকিৎসায় থাকিলে শোষ ঘায়ে পরিণত হয়। উপসর্গ মধ্যে কুচকির গ্রন্থির প্রদাহ, ভলভার ত্বক্‌, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি, ও কৌষিক বিধানের প্রদাহ, এবং যোনি প্রদাহ প্রভৃতি উপস্থিত হইতে পারে।

চিকিৎসা।—প্রথমে প্রদাহ নিবারণ জন্য শৈত্যাদি প্রয়োগ করিবে, কিন্তু পূয়োৎপত্তি হইয়াছে, সন্দেহ হইলে লেবিয়া মেজোরার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির সহিত ত্বকের সংযোগস্থলে—লেবিয়ার দীর্ঘতায় গভীর কর্ত্তন করিয়া পূয় বহির্গত করিয়া দিবে। সিষ্টের অস্ত্রোপচারের প্রণালীতে অস্ত্রোপচার করা উচিত। কেবলমাত্র পূয় বহির্গত করিয়া দিলে সত্বরে আরোগ্য হয় সত্য; কিন্তু পুনর্ব্বার স্ফোটক হওয়ার আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে। সামান্য অস্ত্রোপচারের ফলে অধিকাংশস্থলেই শোষ ঘায়ে পরিণত হইতে দেখা যায়।

সপ্তত্রিংশ অধ্যায়।

মূত্রনালীর পীড়া।

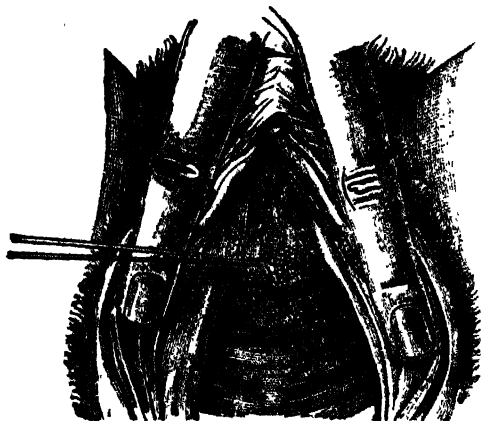
(Urethral Affection).

মূত্রনালীর পীড়ার মধ্যে গঠন বিকৃতি, ইউরিথ্রাল ক্যারঙ্কল, প্রদাহ, স্থানভ্রংশতা, ইউরিথ্রোসিল, ফিশ্চুলা, ষ্ট্রীক্চার, এক্জেমা, কণ্ডাইলোমেটা, ভেজিটেশন, টিউমার, ক্যানসার, পলিপস, অশ্মরী ও বাহ্যবস্তু এবং ইউরিথ্রো-ভেজাইন্যাস-স্ফোটক প্রধান।

গঠন বিকৃতির মধ্যে আজন্ম বিকৃত গঠনই অধিক দেখিতে পাওয়া যায়। মূত্রনালীর মুখ কোন পার্শ্বের যোনিপ্রাচীরমধ্যে হইতে পারে। মূত্রনালীর সম্পূর্ণ কিম্বা কেবলমাত্র তাহার মুখের অভাব নিতান্ত বিরল ঘটনা নহে। তৎসমস্ত বিষয়ের আলোচনা এই ক্ষুদ্র পুস্তকে অসম্ভব।

মূত্রনালীর মুখের ক্যারঙ্কল (Urethral Caruncle)।—ইহাও বিরল। ইহা ভেনাস এক্জেমা এবং আঁচিল হইতে ভিন্ন প্রকৃতি বিশিষ্ট। এই সমস্ত পীড়ায় চৈতন্যাধিক্য উপস্থিত হয় না; কিন্তু ভাস্কিউলার ক্যারঙ্কলে চৈতন্যাধিক্য উপস্থিত হয়—মূত্রনালীর মুখের পার্শ্বে অত্যন্ত বেদনাযুক্ত, আরক্ত বেগুনী বর্ণ বিশিষ্ট, যথেষ্ট শোণিত বাহিকা ও স্নায়ু সূত্র সমন্বিত বিবর্দ্ধিত প্যাপিউলী—আয়তনে ক্ষুদ্র সর্ষপবৎ কিম্বা কপোত ডিম্ববৎ বৃহৎ হইতে পারে। ইহা সংযোগ তন্তু দ্বারা পরিবেষ্টিত এবং শল্কবৎ ইপিথিলিয়ম দ্বারা আবৃত।

রোগিণী অত্যন্ত বেদনা এবং পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগের প্রতিবিধান জন্য চিকিৎসাধীনে আইসে। গমনাগমনে ও অঙ্গসঞ্চালনে অত্যন্ত যন্ত্রণা হয়, সঙ্গম অত্যন্ত কৃচ্ছ্রসাধ্য হওয়ায় তাহা হইতে বিরত হইতে বাধ্য হয়।

এক এক সময়ে বেদনা অত্যন্ত যন্ত্রণাদায়ক হইয়া উঠে। মুখ মণ্ডলের ভাব যন্ত্রণাব্যঞ্জক—অবসাদগ্রস্ত, হিষ্টিরিয়ার লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে। স্থানিক পরীক্ষা করিলে মূত্রনালীর মুখের পাশে পাশে আরক্ত বেগুণী বর্ণের দানাবৎ কিম্বা তদপেক্ষা বৃহৎ নবজাত গঠন দৃষ্ট হয়।

১২৮ তম চিত্র।—মূত্রনালীর মুখের ভাস্‌কিউলার ক্যারঙ্কল।

উক্ত বর্দ্ধনে সামান্য স্পর্শ—এমন কি তূলা দ্বারা স্পর্শ করিলেও অনলবিবৎ বেদনা উপস্থিত হয়। সামান্য চৈতন্যনাশক ঔষধ প্রয়োগ করিয়া আক্রান্ত স্থল পরিষ্কার করিতে আরম্ভ করিলেও রোগিণী বেদনা বোধ করে। সকল বয়সেই অপরিষ্কার থাকার জন্য স্রাবের উত্তেজনায় এই পীড়া হইতে পারে। সমূলে উচ্ছেদিত না হইলে পুনরুৎপত্তির সম্ভাবনা থাকে। মূত্রনালীর প্রদাহ ইত্যাদি সহ ভ্রম হওয়া অসম্ভব নহে। কিন্তু এক হস্তের দুই অঙ্গুলী দ্বারা দুই পার্শ্ব সটান করিয়া রাখিয়া অপর হস্তের এক অঙ্গুলী যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইয়া তদ্দারা যোনির সম্মুখ প্রাচীর সম্মুখাভিমুখে উচ্চ করিয়া রাখিলেই প্রকৃত অবস্থা দৃষ্টিগোচর হওয়ার সম্ভাবনা।

চিকিৎসা।—উচ্ছেদ করাই এক মাত্র চিকিৎসা। ফরসেপস্ দ্বারা ধরিয়া কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করিয়া একচুয়াগকটারী প্রয়োগ করিবে। গ্যালভেনোকটারী দ্বারাও উচ্ছেদ করা যায়। কর্ত্তন সময়ে অত্যধিক শোণিত স্রাব হওয়ার সম্ভাবনা। সঙ্কাপ প্রয়োগ করিলেই তাহা বন্ধ হয়। উচ্ছেদে অসম্মতা হইলে কার্ব্বলিক এসিড্, নাইট্রিক এসিড কিম্বা ক্রোমিক এসিড প্রয়োগ করিবে। এইরূপ ঔষধ কয়েকবার প্রয়োগ না করিলে উদ্দেশ্য সফল হয় না।

মূত্রনালীসংলগ্নযোনি-প্রাচীরের স্ফোটক (Abscess in the Urethro-Vaginal Septum)।—আজন্মকোষবৎ গঠন, মূত্রনালীর বিবর্দ্ধিত থলীবৎ অংশ, মূত্রনালীর গ্রন্থির স্রাব অবরুদ্ধ হইয়া সঞ্চয়, স্কিনের নলের প্রসারণ ও অবরোধ, মূত্রনালীমধ্যে পাথরী আবদ্ধ হওয়ায় তৎস্থান থলীর অনুরূপ গঠনে পরিণত, আঘাত জন্য শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির ক্ষত, এবং কোষার্ব্বুদমধ্যে পুয়োৎপত্তি হওয়ার পর মূত্রনালী মধ্যে বিদারণ ইত্যাদি ঘটনায় এই স্থানে ক্ষুদ্র গহ্বর সমন্বিত স্ফোটকের উৎপত্তি হয়। গার্টনার নলের যোনিপ্রাচীরস্থিত অংশ মূত্রনালীর মুখের সন্নিকটে আসিয়া শেষ হইয়াছে, ইহার উর্দ্ধাংশ অবরুদ্ধ এবং নিম্নাংশে স্রাব সঞ্চিত হইলেও ইউরিথ্রোভেজাইন্যাল সেপ্টমে স্ফোটক হইতে পারে।

লক্ষণ :—যে কোন বয়সে এইরূপ স্ফোটক হইতে পারে। ইহার প্রধান লক্ষণ মূত্রত্যাগ সময়ে বেদনা, এমোনিয়ার গন্ধযুক্ত বা পূয মিশ্রিত মূত্রস্রাব। এইরূপ লক্ষণযুক্ত স্ত্রীলোকের সম্মুখ যোনি-প্রাচীরের মধ্য-রেখায়—মূত্রনালীর মুখ হইতে এক চতুর্থাংশ ইঞ্চ পশ্চাতে—বড় মটরের অনুরূপ আয়তনবিশিষ্ট—তল্‌তলে থলির অনুরূপ অর্ব্বুদ দৃষ্ট হয়। বৃহৎ হইলে কুক্কুট ডিম্ববৎ আয়তনবিশিষ্ট হয়। সঙ্কাপে টন্‌টনানি অনুভূত হইতে পারে। অঙ্গুলিসঙ্কাপে তরল দ্রব্যের তরঙ্গ অনুমিত হয়। সঙ্কাপ

দিলেই অর্ব্বুদের আয়তন হ্রাস এবং মূত্রনালীর মুখ হইতে এমোনিয়ার গন্ধযুক্ত বা পূয়মিশ্রিত স্রাব বহির্গত হয়। মূত্রনালীর সম্মুখ প্রাচীর স্পর্শ করিয়া ক্যাথিটার প্রবেশ করাইলে তাহা সহজে মূত্রাশয় মধ্যে প্রবিষ্ট এবং পরিষ্কার মূত্র বহির্গত হয়; কিন্তু পশ্চাৎপ্রাচীর স্পর্শ এবং নিম্নাভিমুখে সঞ্চাপ দিয়া ক্যাথিটার প্রবেশ করাইলে তাহা স্ফোটক গহ্বর মধ্যে প্রবিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা। রোগিণীর স্বাস্থ্য অক্ষুণ্ণ থাকে। কম্পাদি আক্রান্ত হওয়ার ইতিবৃত্ত অবগত হওয়া যায় না। উপবেশনাবস্থা হইতে দণ্ডায়মান হইলে সহসা স্ফোটকগহ্বরের স্রাব বহির্গত হওয়ায় বস্ত্র সিক্ত হইতে পারে। সঙ্গম সময়েও স্ফোটকগহ্বরের স্রাব বহির্গত হওয়ার সম্ভাবনা। কদাচিৎ নিঃসৃত স্রাব মূত্রনালীর মুখ দিয়া বহির্গত না হইয়া মূত্রাশয় মধ্যে প্রবিষ্ট হওয়া সম্ভব। স্রাবসংস্পর্শে যোনিমুখে এবং উরুদেশে উত্তেজনা হইতে পারে। স্ফোটকগহ্বর পরিষ্কার মসৃণ ও ইহার মুখ মধ্যে ছয় নম্বরের ক্যাথিটার প্রবিষ্ট হয়। কখন বা মুখ ক্ষুদ্র এবং গহ্বর অপরিষ্কার হয়। গহ্বরমধ্যে পচামূত্র, পূয়, শোণিতকণা এবং কখন কখন পাথরী বর্ত্তমান থাকে।

চিকিৎসা।—স্ফোটকের প্রাচীর বাদামী আকৃতিতে কর্ত্তন করতঃ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির কিনারা অভ্যন্তরাভিমুখে রাখিয়া রেশম সূত্র দ্বারা সেলাই করিয়া কর্ত্তন বন্ধ করিয়া দিবে। তৎপর ৩।৪ দিবস প্রত্যহ তিনবার ক্যাথিটার দ্বারা প্রস্রাব করাইবে। পরিশেষে কয়েক সপ্তাহ কনুই জানু অবস্থানে প্রস্রাব করিতে উপদেশ দেওয়া উচিত। এইরূপ স্থলে ক্যাথিটার প্রবেশ করানের সময়ে কেবল মাত্র মূত্রনালীর সম্মুখ অংশে সঞ্চাপ রাখিয়া ক্যাথিটার প্রবেশ করাইতে হয়।

মূত্রনালীর সংবৃত্তি (Stricture)।—স্ত্রীলোকের মূত্রনালীর সংকোচন অতি বিরল ঘটনা। নানা প্রণালীতে তাহা সহজে প্রসারিত করা যায়। কেবলমাত্র অঙ্গুলী দ্বারা এত প্রসারিত করা যায় যে, তন্মধ্যে

অতি সহজে স্থূল অঙ্গুলী প্রবিষ্ট হইতে পারে। ক্ষুদ্র অশ্মরী ইত্যাদি বহির্গত করাও অতি সহজ।

মূত্রনালীর প্রদাহ (Urethritis—ইউরিথাইটিস)।—সাধারণতঃ প্রমেহ জন্য মূত্রনালীর প্রদাহ হইতে দেখা যায়। যোনিদ্বার ও মূত্রাশয়ের প্রদাহসহ মূত্রনালীর প্রদাহ হইতে পারে। যোনি প্রদাহের চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করা উচিত। মূত্রত্যাগ সময়ের যন্ত্রণা নিবারণ জন্য নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবহার করা যাইতে পারে।

℞

লাইকার পটাস	...	ʒiss
টিংচার ইউবি অর্শাই	...	℥ss
টিংচার বকু	...	℥ss
টিংচার হাইওসাইমাই	...	ʒii
সিরপ সিম্পল	...	ʒii
ইন্‌ফিউসন স্কোপেরাই	...	℥iv
ডিককৃটম প্যারেরা	...	℥iv

মিশ্রিত করিয়া ℥i মাত্রায় প্রত্যহ তিন বার সেব্য। প্রমেহসংশ্লিষ্ট হইলে কোপেবা মিশ্র ব্যবস্থা করা উচিত।

সন্দেহযুক্ত মূত্রনালীতে যে ক্যাথিটার প্রবেশ করান হয়, সেই ক্যাথিটার উত্তমরূপে পরিষ্কার না করিয়া কখনই অপর স্ত্রীলোকের মূত্রনালী মধ্যে প্রবেশ করাইবে না। কাঁচের ক্যাথিটার পরিষ্কার করা সহজ জন্য তাহাই ব্যবহার করা উচিত। বোরাসিক লোশন দ্বারা ধৌত এবং শেষাবস্থায় প্রত্যহ ৩।৪ বার বিশ গ্রেণ মাত্রায় বেঞ্জোয়েট অব এমোনিয়া সেবন করাইলে উপকার হয়। এই সমস্ত বিষয় সাধারণ অস্ত্রচিকিৎসার অন্তর্গত সুতরাং তদুল্লেখ নিষ্প্রয়োজন।

অষ্টত্রিংশ অধ্যায়।

কক্‌সিগোডিনিয়া (Coccygodynia)।

কক্‌সিগোডিনিয়া শব্দের অর্থ স্ত্রীলোকের ককসিসের স্থানে জননেন্দ্রিয়ের পীড়াসংশ্লিষ্ট সীমাবদ্ধ বিশেষ প্রকৃতির বেদনা। এতদ্দেশে এই পীড়াক্রান্তা স্ত্রীলোকের সংখ্যা অত্যল্প। সাধারণতঃ স্নায়বীয় বেদনার প্রকৃতিবিশিষ্ট এবং তৎসহ জরায়ু ও অণ্ডাশয় ইত্যাদির পীড়া ও স্থানভ্রষ্টতা ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকে। কিন্তু কোন কোন স্থলে তদ্রূপ পীড়া নাও থাকিতে পারে।

মলত্যাগ সময়ে, উপবেশনে কিম্বা বিপটদেশ সঞ্চালনে ককসিস্, সেক্রোকক্‌সিজিয়াল বন্ধনী এবং বিপটদেশের পেশীতে বেদনা উপস্থিত হয়।

কারণ।—কষ্টকর প্রসব সময়ে কিম্বা অন্য সময়ে কক্‌সিসে আঘাত, কক্‌সিসের প্রদাহ ও স্থানভ্রষ্টতা, ও অন্যরূপ পীড়া; ককসিসের উপর সঞ্চাপ পতিত হয়—এমতভাবে দীর্ঘকাল অবস্থান, হিষ্টিরিয়ার ধাতু প্রকৃতি, বাত, এবং জরায়ু, অণ্ডাশয় ও সরলান্ত্রের পীড়া।

লক্ষণ।—ককসিসের সন্নিকটবর্ত্তী স্থানে এবং বিটপদেশে বেদনা হয়। সঞ্চাপে, সঞ্চালনে, মলত্যাগ সময়ে এবং সঙ্গমক্রিয়ায় বেদনা প্রবল হয়। গমনাগমন, উত্থান বা উপবেশন সময়ে রোগিণী বেদনা বোধ করে। মলদ্বারমধ্যে অঙ্গুলী প্রবেশ করাইয়া পরীক্ষা করিতে রোগিণী এত বেদনা বোধ করে যে, বাধ্য হইয়া স্থানিক চৈতন্য নাশজন্য কোকেন প্রয়োগ করিতে হয়। এই বেদনা দন্তশূলের অনুরূপ প্রবল।

চিকিৎসা।—আর্সেনিক, ষ্ট্রীক্‌নিন্, সালফেট অব্ জিঙ্ক এবং পাইরো-ফস্‌ফেট অব্ আয়রণ প্রভৃতি স্নায়বীয় বলকারক, ও রক্তহীনতা বর্ত্তমান থাকিলে লৌহের অন্যান্য প্রয়োগরূপ ব্যবস্থা করিবে। ভেলেরিয়েনেট অব্ জিঙ্ক এবং ভেলেরিয়েনেট অব্ এমোনিয়াসহ ব্রোমাইড্ ব্যবস্থা করিলে উপকার হয়। বেদনার স্থানে সকালে এবং বিকালে ইথরের বাষ্প প্রয়োগ উপকারী। সেক্রাল স্নায়ুর স্থানে একচুয়ালকটারী প্রয়োগে আরোগ্য হইতে পারে। জলবায়ু পরিবর্ত্তন, স্বাস্থ্যবর্দ্ধন এবং মানসিক প্রফুল্লতা সম্পাদন উপকারী। কোকেন মর্ফিয়ার অধস্ত্বাচিক প্রয়োগ, এবং বেলেডোনার সপোজিটারী প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

অস্থিপীড়া ব্যতীত অন্য কারণে বেদনা হইলে ফ্যারাডিক ব্যাটারী প্রয়োগ করিলে সুফল হয়।

উল্লিখিত চিকিৎসাতে কোন উপকার না হইলে অধস্ত্বাচিক প্রণালীতে কক্সিজিয়াল্ বন্ধনী এবং কক্সিসের পৈশিক সংযোগ কর্ত্তন করা বিধেয়। ইহাতেও উপকার না হইলে কর্ত্তন করিয়া কক্সিস্ উচ্ছেদ করা উচিত। কক্সিসের স্থানভ্রষ্টতাই পীড়ার কারণ হইলে এইরূপ অস্ত্রোপচারের পূর্ব্বে, জরায়ু, যোনি, বিটপ কিম্বা মলদ্বারের পীড়া বেদনার কারণ নহে, তাহা স্থিরনিশ্চিত করা উচিত। কক্সিস্ উচ্ছেদ করিতে হইলে পচন নিবারক প্রণালীতে মধ্য রেখায় কর্ত্তন করিয়া অস্থি দৃষ্ট হইলে তাহার সমস্ত সংযোগ বিযুক্ত এবং উচ্ছেদ করিবে। কর্ত্তনের উভয় পার্শ্ব একত্র করিয়া গাট সূচার দ্বারা সম্মিলিত করিয়া পচন নিবারক প্রণালীতে ঔষধ প্রয়োগ করিবে।

ঊনচত্বারিংশ অধ্যায়।

বন্ধ্যাত্ব।

(Sterility—ষ্টেরিলিটী।)

বন্ধ্যাত্ব কোন একটী পীড়া নহে, নানারূপ পীড়ায় এবং জননেন্দ্রিয়ের নানাবিধ বিকৃত গঠন জন্য সন্তান উৎপাদিকাশক্তির অভাব, কিম্বা বিঘ্ন হইতে পারে। যেস্থলে উৎপাদিকাশক্তি বর্ত্তমান অথচ কেবল প্রতিবন্ধকতার জন্য সন্তান হয় না, সেই স্থলে চিকিৎসার ফলে প্রতিবন্ধকতা দূরীভূত হইলে সন্তান হইতে পারে। কিন্তু উৎপাদিকাশক্তির অভাব হইলে চিকিৎসায় কখন সুফল হয় না।

ডাক্তার মরিওন সিমস মহাশয় পিচকারী দ্বারা জরায়ুগহ্বরে শুক্র প্রক্ষেপ করিয়া গর্ভোৎপত্তি করিয়াছিলেন কিন্তু গর্ভের চতুর্থ মাসে আঘাত জন্য উক্ত গর্ভ স্রাব হইয়াছিল। ইনি পিচকারী দ্বারা সমষ্টিতে পঞ্চান্নবার জরায়ুগহ্বরে শুক্র প্রক্ষেপ করিয়া পরীক্ষা করিয়াছিলেন। এই ক্ষুদ্র পুস্তকে তদালোচনা অসম্ভব।

আর্ত্তব স্রাব আরম্ভ হওয়ার কয়েক দিবস পূর্ব্ব হইতে, আর্ত্তব স্রাব শেষ হওয়ার পর দশ দিবস মধ্যে সুস্থ স্পারমেটোজোয়া সমন্বিত শুক্র সুস্থ যোনিগহ্বরে নিক্ষিপ্ত হওয়ার পর জরায়ু গ্রীবা মুখ স্বাভাবিক অক্ষ রেখায় অবস্থিত এবং সুস্থ থাকিলে গর্ভোৎপত্তি হওয়ার সম্ভাবনা।

গর্ভোৎপত্তির জন্য যোনি স্বাভাবিক দীর্ঘ, যোনি প্রাচীর স্বাভাবিক শক্তি সমন্বিত, জরায়ু স্বাভাবিক অক্ষ রেখায় অবস্থিত, জরায়ু ও যোনির স্রাব সুস্থ, এবং উপযুক্ত সময়ে সুস্থ ওভমসহ স্পারমেটোজোয়ার সম্মিলন হওয়া আবশ্যক।

যথোপযুক্ত উত্তাপ এবং আধারপ্রাপ্ত হইলে স্পারমেটোজোয়া কয়েক ঘণ্টা জীবিত থাকিতে এবং কিয়দ্দূর গমন করিতে সক্ষম। উল্লিখিত অবস্থা সমূহের কোন একটীর ব্যতিক্রম হইলেই গর্ভোৎপত্তির বিঘ্ন উপস্থিত হয়।

অনেকে মনে করেন যে, কেবল স্ত্রীলোকেই বন্ধ্যা হয়। বাস্তবিক পক্ষে কিন্তু তাহা নহে। অনেকস্থলে পুরুষের ক্লীবত্বের জন্য সন্তান হয় না, এইরূপ স্থলে স্ত্রী পত্যন্তর পরিগ্রহ করিলেই তাহার সন্তান হইতে দেখা যায়।

সাধারণতঃ স্ত্রীলোক নিম্নলিখিত কারণবশতঃ বন্ধ্যা হয় :—

আজন্ম।—

১। অণ্ডাশয়, অণ্ডবহনল, জরায়ু ও যোনির অভাব। অত্যন্ত ক্ষুদ্র যোনি।

২। অণ্ডবহনল, জরায়ু এবং যোনির অবরোধ।

৩। হাইমেনের অবরোধ।

৪। শুণ্ডাকৃতি জরায়ু, জরায়ু গ্রীবা মুখের অবরোধ।

পরে উৎপন্ন।—

১। অণ্ডবহনলের, জরায়ুর এবং যোনির অবরোধ।

২। উল্লিখিত যন্ত্র সমূহে অর্ব্বুদের সঞ্চাপ।

৩। অণ্ডবহনলের এবং জরায়ুর স্থানভ্রষ্টতা।

৪। জননেন্দ্রিয়ের পুরাতন প্রদাহ।

৫। অণ্ডাশয়ের পীড়া, অণ্ডাশয়িক রজঃ কৃচ্ছ্রতা।

৬। মেম্ব্রেনাস্ ডিস্মেনোরিয়া।

৭। মেনোরেজিয়া।

৮। সঙ্গম কষ্ট।

৯। প্রমেহ এবং উপদংশ পীড়ার শোচনীয় পরিণাম।

পুরুষের নিম্নলিখিত দোষ জন্য সন্তান হয় না :—

অত্যধিক হস্তমৈথুন, অত্যধিক সঙ্গম, অত্যধিক পৈশিক দুর্ব্বলতা ইত্যাদি কারণে সঙ্গমশক্তি বিনষ্ট—ধ্বজভঙ্গ হইতে পারে। সামান্য সঙ্গম ইচ্ছা বর্ত্তমান থাকিলে শিশ্ন অল্প উত্তেজিত হয়, ইচ্ছামাত্র শুক্র বহির্গত হয়, অথবা সঙ্গমকার্য্য সম্পূর্ণ না হইতেই শিশ্ন কোমল হয়। আইওডাইড, ব্রোমাইড, কোনায়েম, কর্পূর, অহিফেন, এণ্টিমণি প্রভৃতি অধিক মাত্রায় দীর্ঘকাল সেবন করিলেও ধ্বজভঙ্গ হইতে পারে।

মুষ্কের অভাব বা উদর গহ্বরে অবস্থান, অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধন, মুষ্কের পীড়া, ইপিডিডিমাসের ও ভাসডেফারেন্সের অবরোধ এবং প্রমেহ ও উপদংশাদি পীড়া জন্য শুক্রে স্পারমেটোজোয়ার অভাব হয়।

শুক্রনিঃসরণপথের অবরোধ, শুক্রনিঃসারক নলের দুর্ব্বলতা, শিশ্নের স্নায়ুর চৈতন্যশক্তির অভাব এবং অত্যধিক মানসিক চিন্তার ফলে অবসন্নতা জন্য সঙ্গম সময়ে শুক্র নির্গত হয় না। সুতরাং সন্তান হইতে পারে না।

শিশ্নের অভাব—অস্বাভাবিকত্ব, শিশ্নের শিরার স্থূলত্ব, সংকীর্ণ প্রিপিউস, ক্ষুদ্র ফ্রিনাম, প্রষ্টেট গ্রন্থির পীড়া, ক্ষয়কাশ, মেরুদণ্ডের বক্রতা ও আঘাত, কর্ডের অপকর্ষতা, এবং আরও নানাবিধ কারণে পুরুষের সন্তান উৎপাদিকা শক্তির অভাব হইতে পারে।

উল্লিখিত কারণ সমূহের মধ্যে অনেক কারণ সুচিকিৎসায় দূরীভূত হইতে পারে। কোন কোন স্থলে চিকিৎসায় কোনও ফললাভ করা যায় না। সুতরাং বন্ধ্যা স্ত্রী চিকিৎসার্থে সমাগত হইলে তাহার নিজের শরীরে বন্ধ্যাত্বের কোন কারণ বর্ত্তমান আছে কি না, তাহা বিশেষরূপে পরীক্ষা করিবে এবং তৎসঙ্গে সঙ্গে তাহার স্বামীর বিষয়ও অনুসন্ধান করা কর্ত্তব্য। এমত দেখা গিয়াছে যে, কেবলমাত্র স্ত্রী কিম্বা পুরুষের চিকিৎসায় কোন সুফল হয় নাই, অথচ এক কালে উভয়ের চিকিৎসা

করায় সুফল হইয়াছে। স্বামীসম্বন্ধে নিম্নলিখিত কয়েকটী বিষয় অনুসন্ধান করা উচিত।

(১) শিশ্ন সবলে উদ্রিক্ত হয় কি না? (২) স্বপ্নদোষ আছে কি না? (৩) সঙ্গম সময়ে শুক্র নির্গত হয় কি না? (৪) সঙ্গমেচ্ছামাত্র শুক্র স্খলন হয় কি না? (৫) অসম্পূর্ণ সঙ্গম অর্থাৎ সঙ্গম ক্রিয়া শেষ না হইতেই শিশ্ন কোমল ও সঙ্কুচিত হয় কি না। (৬) সঙ্গম সময়ে বিশেষ স্পর্শ জ্ঞান বোধ হয় কি না? (৭) সঙ্গম সময়ে শিশ্নে বেদনা বোধ হয় কি না? (৮) প্রষ্টেট গ্রন্থিতে কিম্বা তৎলগ্ন মূত্রনালীতে কোন পীড়া আছে কি না? (৯) হস্তমৈথুন অভ্যাস আছে কি না? (১০) মূত্রনালীর কোন স্থানে সংবৃদ্ধি আছে কি না? (১১) শিশ্ন উদ্রিক্ত হইলে সম্মুখের ত্বক অত্যন্ত কষা হয় কি না?

পুরুষ সঙ্গমক্ষম হইলেই যে জনন শক্তি সম্পন্ন হয়, তাহা নহে। প্রবল সঙ্গমক্ষম পুরুষেরও শুক্রে স্পারমেটোজোয়া না থাকিতে পারে। এই প্রকৃতির পুরুষ ধ্বজভঙ্গ (Impotence) নহে; অথচ বন্ধ্য। ইউরোপে ছয় জন পুরুষের মধ্যে এক জন বন্ধ্য। অস্মদ্দেশের প্রকৃত সংখ্যা অনিশ্চিত। তবে ইহা নিশ্চিত যে, আমরা যত বন্ধ্যা স্ত্রী চিকিৎসার্থ প্রাপ্ত হই, তাহার এক অষ্টমাংশের বন্ধ্যাত্বের কারণ স্বামীর জনন শক্তির অভাব।

এমতও অনেক দৃষ্টান্ত দেখিতে পাওয়া যায় যে, স্ত্রী পুরুষের কেহই বন্ধ্যা নহে। কেবল পরস্পর পরস্পরের উপযুক্ত না হওয়ায় সন্তান হয় নাই। উভয়ে বিচ্ছিন্ন হইয়া পত্যন্তর এবং দারান্তর পরিগ্রহ করায় উভয়েরই সন্তান হইয়াছে।

মুষ্ক, শিশ্ন, অণ্ডাশয়, জরায়ু আদির আজন্ম অভাবজনিত নপুংসকত্ব চিকিৎসার আয়ত্তাধীন নহে কিন্তু মেঢ্র ত্বকের সংকীর্ণতা কিম্বা জরায়ু মুখের সম্পূর্ণ অবরোধজনিত বন্ধ্যাত্ব ইত্যাদির চিকিৎসায় প্রতিকার হইতে পারে।

পুরুষের চিকিৎসা প্রণালী বর্ণন বক্ষ্যমান গ্রন্থের বিষয়ীভূত নহে।

বন্ধ্যাত্বের চিকিৎসার জন্য যত রোগিণী আমাদিগের চিকিৎসাধীনে আইসে, তাহার এক পঞ্চমাংশ কেবল জননেন্দ্রিয়ের ভিন্ন ভিন্ন অংশের অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধনের ফল।

অণ্ডাশয়ের অভাব কিম্বা অসম্পূর্ণ পরিবর্দ্ধনজনিত আর্ত্তব স্রাবাভাবের চিকিৎসায় কোন সুফল হয়না, তাহা পূর্ব্বে উল্লেখ করা হইয়াছে। এতৎসহ জরায়ুর অসম্পূর্ণাবস্থাও বর্ত্তমান থাকিতে পারে। চিকিৎসায় তাহারো কোন প্রতিকার হইতে পারে না। জরায়ুর গহ্বর না থাকিলে সন্তান হইতে পারে না কিন্তু শুক্রগমনোপযুক্ত রন্ধ্র বর্ত্তমান থাকিলেই গর্ভ হইতে পারে। জ্রূণ ধারণ এবং প্রসব জরায়ুর কার্য্য; গর্ভোৎপত্তির সহিত ইহার সম্বন্ধ অল্প; সুতরাং ষ্টেম পেশারী ইত্যাদি প্রবেশ করাইয়া জরায়ু পরিবর্দ্ধিত করিয়া গর্ভোৎপত্তির আশা করা যাইতে পারে না। এই অবস্থায় বৈদ্যুতিক স্রোত পরিচালিত করিয়াও কোন সুফল হইতে দেখা যায় না। জরায়ুগ্রীবার অভ্যন্তর কিম্বা বাহ্যমুখের অবরোধ বর্ত্তমান থাকিলে তাহা কর্ত্তন কিম্বা ডাইলেটার দ্বারা প্রসারিত করিয়া দিলেই সন্তান হইতে পারে। গ্রীবার বাহ্যমুখের রন্ধ্র অত্যন্ত সূক্ষ্মসত্বেও অন্তঃসত্ত্বা হইতে দেখা যায়। এইরূপ স্থলে প্রথম প্রসব সময়ে প্রসব হইতে অত্যন্ত বিলম্ব হইতে দেখা যায়।

আক্ষেপ সমন্বিত রজঃকৃচ্ছ্রপীড়া বর্ত্তমান থাকিলে স্ত্রীলোক বন্ধ্যা হয়। এইরূপ স্থলে জরায়ুগ্রীবারন্ধ্র প্রসারিত করিলে পীড়া আরোগ্য এবং সন্তান হইতে পারে। বাহ্যমুখ অত্যন্ত ক্ষুদ্র এবং গোলাকার হইলে গ্রীবার যোনিস্থিত অংশের প্রাচীর বিভক্ত এবং তাহার অভ্যন্তর মুখ প্রসারিত করাই সৎপরামর্শ সিদ্ধ। এইরূপ অবস্থায় জরায়ু গহ্বরে ষ্টেম পেশারী স্থাপন করিলেও উপকার হইতে পারে। ষ্টেম পেশারীর ফলে গ্রীবা প্রসারিত না হইলে বন্ধ্যাত্বের প্রতীকার হওয়া সম্ভব নহে।

পরন্তু জরায়ুগহ্বরে ষ্টেম প্রয়োগ করিয়া রোগিণীকে চিকিৎসকের সাক্ষাৎ তত্ত্বাবধানে রাখা উচিত।

ডিস্‌পেরিউনিয়া অর্থাৎ সঙ্গম কষ্ট বর্ত্তমান থাকিলে সন্তান হইতে পারে না। যে জন্য সঙ্গমকষ্ট হয়, তাহা দূর করা উচিত। সঙ্গম সম্পূর্ণ না হইলে গর্ভ হইতে পারে কি না, তাহা সন্দেহ। সতীচ্ছদদ্বারা যোনি-মুখ সম্পূর্ণ আবৃত, কেবল সূক্ষ্ম রন্ধ্র বর্ত্তমান থাকায় তন্মধ্য দিয়া শুক্র প্রবিষ্ট হওয়ায় অন্তঃসত্ত্বা হওয়া বিরল ঘটনা নহে। এইরূপ স্থলে কখনও সঙ্গম সম্পূর্ণ হইতে পারে না। সুতরাং যোনির যে কোন স্থানে কিম্বা যোনিমুখে শুক্র পতিত হইলেই স্পারমেটোজোয়ার স্বাভাবিক শক্তিতে তাহা জরায়ুগহ্বরে প্রবিষ্ট এবং গর্ভোৎপত্তি হইতে পারে। তবে শুক্র সহজভাবে জরায়ুগহ্বরে প্রবিষ্ট হইতে পারে, এমত স্থানে পতিত হইলে সহজে গর্ভ হয়।

অনেক বন্ধ্যা স্ত্রী প্রকাশ করে যে, সঙ্গমের পর তৎক্ষণাৎ সমস্ত শুক্র বহির্গত হইয়া যায়, তজ্জন্য গর্ভ হইতে পারে না। বাস্তবিক পক্ষে কিন্তু একথা সত্য নহে। শুক্রের সামান্য অংশ যোনিগহ্বরে অবস্থিত হয়। পরন্তু যাহাদের সন্তান হয়, তাহাদের অনেকেরও ঐভাবে শুক্র বহির্গত হইয়া যায়। যাহা হউক, ঐরূপস্থলে যোনি গহ্বরে শুক্র প্রবেশমাত্র সাবধানে নিতম্বদেশ উচ্চ—বক্ষঃজানু অবস্থানে অবস্থান করিলে শুক্র বহির্গমনের প্রতিরোধ হইতে পারে।

অবস্থাবিশেষে পারিবারিক বাসস্থানের দোষেও অন্তঃসত্ত্বা হওয়ার বিঘ্ন হইতে পারে। তদ্রূপস্থলে জলবায়ু পরিবর্ত্তন উদ্দেশ্যে অন্য স্থানে অবস্থান করিলে সন্তান হইতে পারে।

অতিরিক্ত সঙ্গম গর্ভোৎপত্তির বিঘ্নোৎপাদক। বারবনিতাদিগের বন্ধ্যাত্বের ইহাও একটী প্রধান কারণ। পুরুষেরও ঐ কারণ বশতঃ উৎপাদিকাশক্তি বিনষ্ট হয়। অত্যধিক সঙ্গমরত পুরুষের শুক্রের

পরিমাণ ক্রমে ক্রমে অল্প ও তাহা জলবৎ তরল এবং স্পারমেটোজোয়া বিহীন হয়—সাধারণ স্রাব নিঃসারক গ্রন্থির স্রাবের অনুরূপ। এইরূপ ঘটনার স্থলে দীর্ঘকাল সঙ্গম পরিবর্জ্জন করিলে পুনর্ব্বার শুক্র গাঢ় এবং স্পারমেটোজোয়া সমন্বিত হইতে পারে। বন্ধ্যাত্বের উহাই কারণ সন্দেহ হইলে স্ত্রীপুরুষের পরস্পর দীর্ঘকাল পৃথকভাবে স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিতে উপদেশ দিবে। আর্ত্তব স্রাবের পর অল্প দিবস সম্মিলনই গর্ভোৎপত্তির পক্ষে প্রশস্ত।

স্ত্রীলোকের সন্তান হওয়ার বয়সে স্থূলাঙ্গী হওয়া বন্ধ্যাত্বের অপর একটী কারণ। এক দেহে একই সময়ে মেদ এবং সন্তানোৎপত্তি সম্ভাবনীয় নহে। স্বাস্থ্যোন্নতিসহ খাদ্যে শ্বেতসার ও শর্করার পরিমাণ হ্রাস এবং যথেষ্ট পরিশ্রমের ব্যবস্থা করিলে মেদের পরিমাণ হ্রাস হইতে পারে। শরীর কৃশ হইলেই সন্তান হওয়ার সম্ভাবনা।

জরায়ুর সম্মুখ বা পশ্চাৎ বক্রতার জন্যও বন্ধ্যা হইতে পারে। জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় অবস্থিত হইলেই সন্তান হয়। এতদ্বিষয় পূর্ব্বেই উল্লেখ করা হইয়াছে। জরায়ুর অভ্যন্তরস্থিত ঝিল্লির নানা প্রকৃতির প্রদাহ এবং গ্রীবার বিবৃদ্ধি, ল্যাসারেশন, ক্ষত, প্রদাহ ইত্যাদিও সন্তানোৎপত্তির বিঘ্নোৎপাদক। প্রদাহ বিস্তৃত হইয়া ফেলোপিয়ন নল এবং পেরিটোনিয়ম্ আক্রমণ করিলে স্ত্রীলোক বন্ধ্যা হয়। ইহার চিকিৎসা ইত্যাদি পূর্ব্বেই উল্লেখ করা হইয়াছে।

যোনির অসুস্থ স্রাব জন্য স্ত্রীলোক বন্ধ্যা হয়। এইরূপ স্রাব সংস্পর্শে শুক্রের জীবাণুর জীবনীশক্তি বিনষ্ট হয়। যোনির স্রাব দূষিত কি না, তাহা পরীক্ষা করিয়া উপযুক্ত চিকিৎসায় আরোগ্য করিতে যত্ন করিবে। জননেন্দ্রিয়ের অভ্যন্তরে কোন স্থানে সৌত্রিক অর্ব্বুদ ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকিলেও গর্ভের বিঘ্ন হইতে পারে।

প্রমেহ পীড়ার জন্য যোনি, জরায়ু ফেলোপিয়ানল, অণ্ডাশয় এবং

অস্রাবরক ঝিল্লির প্রদাহ হইলে পরিণামে স্ত্রীলোক বন্ধ্যা হইতে পারে। এই সমস্ত বিষয় যথাস্থানে বিস্তৃতভাবে বর্ণিত হইয়াছে। পাঠকগণ ডিস্‌মেনোরিয়া, ষ্টেনোসিস অব্ সারভিক্স, কঞ্জেনিটালমেলফরমেশন, প্রমেহ এবং ভেজাইনিসমাস ইত্যাদি বিষয় বিশেষরূপে অধ্যয়ন করিলেই বন্ধ্যাত্ব এবং তাহার চিকিৎসার বিষয় হৃদয়ঙ্গম করিতে পারিবেন।

চত্বারিংশ অধ্যায়

স্নায়বীয় লক্ষণ।

(Nervous Symptoms—নারভাস সিমটমস্)।

জননেন্দ্রিয়ের সমস্ত স্থানিক পীড়ার বিবরণ এবং তদুৎপন্ন লক্ষণসমূহ ক্রমে ক্রমে বর্ণনা করিয়া আসিয়াছি। এক্ষণে উল্লিখিত স্থানিক পীড়ার পরম্পরিত ফল—প্রত্যাবর্ত্তক (Reflex symptoms) স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহের বিষয় অতি সংক্ষেপে আলোচনা করিব।

সেক্রাল ও কটিদেশের স্পাইন্যাল কর্ডের সহিত পেলভিক ও হাইপোগ্যাষ্ট্রিক প্লেক্সাস দ্বারা যোনি, জরায়ু এবং অণ্ডাশয়ের সংযোগ বর্ত্তমান আছে। পরন্তু স্প্ল্যাঙ্কনিক স্নায়ু সহও উক্ত যন্ত্র সমূহের সংযোগ থাকায় এই সমস্ত যন্ত্রের কোন পীড়া হইলে তাহার উত্তেজনা প্রতিফলিত হইয়া অন্য স্থানে স্নায়বীয় প্রত্যাবর্ত্তক লক্ষণ সমূহ উপস্থিত করে। জরায়ুর প্রতিফলিত ক্রিয়া চুচুকে প্রকাশ পায়—সায়েটিক স্নায়ু সংযোগে দূরবর্ত্তী অঙ্গে প্রতিফলিত হয়। অণ্ডাশয়ের পীড়া হইলে প্রায় সমস্ত যন্ত্রেই তাহার কোন কোন লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে।

আর্ত্তবস্রাব রোধ জন্য অক্ষি স্নায়ুর প্রদাহ—চক্ষে ও কপালে বেদনা, মুখমণ্ডলের পেশীর আক্ষেপ, দন্তশূল, শিরঃশূল; আর্ত্তবস্রাবের পূর্ব্বে স্তনে অস্থায়ী রক্তাধিক্য, কটিদেশে বেদনা, হৃদ্‌কম্প, বিবমিষা, মল-মূত্রাশয়ের কষ্ট ইত্যাদি উপস্থিত হওয়াই ইহার দৃষ্টান্ত। এই সমস্তই আর্ত্তবস্রাবের বিঘ্ন কিম্বা অণ্ডাশয় ও জরায়ুর স্বাভাবিক ক্রিয়ারোধের পরম্পরিত লক্ষণ মাত্র। সাধারণতঃ এই বলিলেই যথেষ্ট হয় যে, অনেক স্থলে স্ত্রীলোকের অসুস্থতার কারণ কেবলমাত্র জরায়ুর অসুস্থতা। জরায়ুর এবং অণ্ডাশয়ের অসুস্থতা হইতে অনেক পীড়ার সূত্রপাত হইয়া থাকে। জননেন্দ্রিয় সুস্থ থাকিলেই অনেকস্থলে স্ত্রীলোকের দেহ এবং মন সুস্থ থাকে।

স্থানিক পীড়ার জন্য উৎপন্ন লক্ষণ স্থানিক চিকিৎসায় আরোগ্য হয়, কিন্তু স্নায়ুমণ্ডলের অসুস্থতার জন্য উৎপন্ন লক্ষণ স্থানিক চিকিৎসায় আরোগ্য হয় না। অথচ অনেক স্থলে উভয়ের পার্থক্য নিরূপণ অত্যন্ত কঠিন। কারণ, স্ত্রীলোকের কৌলিক ধাতুপ্রকৃতি, বাল্য-শিক্ষা এবং সর্ব্বদা অন্তঃপুরে অবস্থান জন্য স্নায়ুমণ্ডল এত পরিবর্ত্তিত হয় যে, তাহা পুরুষের স্নায়ুমণ্ডল অপেক্ষা স্বতন্ত্র প্রকৃতি ধারণ করে—অত্যন্ত দুর্ব্বল হয়। জননেন্দ্রিয়ই স্ত্রীলোকের বিশেষ যন্ত্র, তজ্জন্য অন্যান্য যন্ত্রের পীড়া অপেক্ষা এই যন্ত্রের পীড়ায় স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ প্রবলভাবে উপস্থিত হয়। গুরুতর পরিশ্রমের কার্য্যে লিপ্ত না থাকায়, পীড়ার বিষয় চিন্তা করার পর্য্যাপ্ত সময় প্রাপ্ত হইয়া সর্ব্বদা কেবল তদ্বিষয়ই পর্য্যালোচনা করিতে থাকে, তজ্জন্য দুশ্চিন্তায় স্নায়ুমণ্ডল আরও দুর্ব্বল ও প্রত্যাবর্ত্তক লক্ষণ সমূহ আরও প্রবল হয়। উপযুক্ত পত্নী ও পুত্রবতী হওয়া স্ত্রী-জীবনের প্রধান সুখ ও সর্ব্বোচ্চাকাঙ্ক্ষা; অনেক স্থলে জননেন্দ্রিয়ের সুস্থতার উপর ঐ সুখ নির্ভর করে, যে কোন কারণে উহার বিঘ্ন হইলে মনঃকষ্টে স্নায়ুমণ্ডল অবসাদগ্রস্ত—পীড়িত এবং সামান্য ঘটনায় গুরুতর

লক্ষণ উপস্থিত হয়—আমরা প্রকৃত অবস্থা হৃদয়ঙ্গম করিতে অক্ষম হওয়ায় উপস্থিত লক্ষণ অতিরঞ্জিত মনে করিয়া ভ্রমে পতিত হই। স্বামীসুখেবঞ্চিতা এবং গর্ভধারণ, প্রসব, দুগ্ধদান ও সন্তান লালন-পালন ইত্যাদিতে নিরতা স্ত্রীর স্নায়ুমণ্ডল সহজেই উত্তেজিত হইতে পারে। এই উভয়ের পার্থক্য এই যে, জননেন্দ্রিয়ের অসুখ সহজে দূরীভূত না হওয়ায় মানসিক শক্তি উত্তরোত্তর নিস্তেজ হইতে থাকে, কিন্তু সুখসমন্বিত হওয়ায় সন্তান সংশ্লিষ্ট স্নায়বীয় অবসন্নতা সহজেই অন্তর্হিত হয়। এই সমস্ত লক্ষণোৎপত্তির মূল—নিউরেস্থিনিয়া।

নিউরেস্থিনিয়া (Neurasthenia)।—নিউরেস্থিনিয়া বলিলে সাধারণতঃ স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা বুঝায়। ইহা দুইটী বিশেষ প্রকৃতি বিশিষ্ট,—প্রত্যাবর্ত্তক উত্তেজনার আধিক্য এবং বেদনা, যন্ত্রণা ইত্যাদি সহ্য শক্তির হ্রাস ও অবসন্নতার বৃদ্ধি। স্নায়ুকেন্দ্রের সূক্ষ্ম পরিবর্ত্তন জন্য এই লক্ষণ উপস্থিত হয় সত্য, কিন্তু উক্ত পরিবর্ত্তন এত সামান্য যে, বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত আমরা তাহা নির্ণয় করিতে অক্ষম। অথচ নানাবিধ লক্ষণ উপস্থিত হইতে দেখি।

জননেন্দ্রিয়ের স্থানিক পীড়ার জন্য স্নায়বীয় লক্ষণ উপস্থিত হইয়াছে, কিম্বা স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা প্রবল থাকায় স্থানিক সামান্য পীড়ার প্রতি অধিক মনোযোগ আকৃষ্ট হইয়াছে, চিকিৎসারম্ভের পূর্ব্বে তাহা স্থির করা আবশ্যক। উভয়ের পার্থক্য নিরূপণ জন্য নিউরেস্থিনিয়া এবং হিষ্টিরিয়া সম্বন্ধে অভিজ্ঞতার আবশ্যক। স্ত্রীপুরুষ উভয় শ্রেণীতেই উক্ত দুই পীড়া হইতে দেখা যায় সত্য, কিন্তু বর্ত্তমান সময়ে স্ত্রীলোকদিগের মধ্যে উহার প্রাদুর্ভাব অধিক জন্য কোন বিশেষত্ব না থাকা সত্বেও এ স্থলে স্ত্রী-জননেন্দ্রিয় সংশ্লিষ্ট অংশ সংক্ষেপে উল্লিখিত হইল।

জরায়ুগ্রীবার সামান্য বিদারণ বা জরায়ুরসম্মুখ বক্রতা ইত্যাদি অতি সামান্য পীড়ায় স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ এত বিস্তৃতভাবে প্রকাশিত হয় যে,

স্ত্রীরোগ চিকিৎসকগণ আশ্চর্য্য বোধ করিয়া তাহা বহুরূপী লক্ষণ (Protean reflex symptoms) নামে অভিহিত করিয়া থাকেন। পরন্তু আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে, জরায়ুর ক্যান্‌সার, সৌত্রিক অর্ব্বুদ প্রভৃতি গুরুতর পীড়ায় উক্ত প্রতিফলিত বহুরূপী লক্ষণ উপস্থিত না হইয়া কেবল সামান্য পীড়ায় উপস্থিত হয়। সবল স্নায়ুশক্তিসম্পন্না স্ত্রী সামান্য পীড়া সহজে সহ্য করিতে পারে কিন্তু দুর্ব্বল স্নায়ুশক্তিসম্পন্না স্ত্রী তাহা সহজে সহ্য করিতে পারে না; সামান্য পীড়াও গুরুতর মনে করিয়া চিকিৎসকের সন্নিকটে তদ্রূপ ভাব ব্যক্ত করে। সবলা স্ত্রী হয় তো, জরায়ুগ্রীবার সামান্য বিদারণ অগ্রাহ্য করে। কিন্তু দুর্ব্বলা স্ত্রীর ঐ সামান্য বিদারণই গুরুতর মনে হয়, দুঃখিত অন্তঃকরণে ক্রমাগত তৎসম্বন্ধে চিন্তা করায় প্রতিফলিত স্নায়বীয় লক্ষণসমূহ প্রবল হয়। সুতরাং প্রতিফলিত লক্ষণ উপস্থিত হওয়ার কারণ জরায়ু বা অণ্ডাশয় নহে, দুর্ব্বল স্নায়ুমণ্ডলই প্রতিফলিত বহুরূপী লক্ষণের মূল কারণ। এই শ্রেণীর রোগিণী অবিজ্ঞ চিকিৎসকের অধীনে থাকিলে দীর্ঘকাল ঔষধ সেবন করিতে পারে সত্য, কিন্তু ফল হয় কি না, সন্দেহ। স্বাস্থ্যকর স্থানে রাখিয়া, সম্ভব হইলে পীড়ার মূল কারণ দূরীভূত করাই প্রকৃত চিকিৎসা।

স্ত্রীজননেন্দ্রিয়ের অত্যধিক পরিচালনা,—স্নায়বীয় অবসন্নতা ও জননেন্দ্রিয়ের পীড়ার অন্যতর কারণ। এই জন্যই উক্ত উভয় পীড়া একত্রে উপস্থিত হইতে দেখিতে পাই। তজ্জন্য উভয় পীড়ারই একত্রে চিকিৎসা করা উচিত।

স্ত্রীলোকের সন্তান হওয়ার বয়সেই নিউরেস্থিনিয়া পীড়া হয়। বালিকার এবং বৃদ্ধার এই পীড়া অতি বিরল। বৃদ্ধ বয়সে স্নায়ুকেন্দ্রের অপকর্ষতার জন্য নিউরেস্থিনিয়া হইতে পারে। কৌলিক স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা বর্ত্তমান থাকিলে, বাল্যকালে শিক্ষা ও অবস্থানের দোষে

সঙ্গমোপযুক্ত বয়সে নিউরেস্থিনিয়া উপস্থিত হয়। উল্লিখিতাবস্থায় দুশ্চিন্তার কোন কারণ উপস্থিত হইলে স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা উপস্থিত হয়, জরায়ুর পীড়া একটী প্রধান কারণ মধ্যে পরিগণিত। অতিরিক্ত পরিশ্রম, অনিদ্রা, মনোকষ্ট, হতাশ্বাস, অকস্মাৎ মানসিক ধাক্কা, এবং অজীর্ণ জন্য দুর্ব্বলতা ইত্যাদি কারণে স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা উপস্থিত হইতে পারে।

দুর্ব্বল পিতামাতার কন্যা বাল্যকালে অতিরিক্ত স্নেহে—আলালের ঘরের দুলালীর ন্যায় প্রতিপালিতা, পরিশ্রম পরিবর্জ্জিতাবস্থায় আলস্যে পরিবর্দ্ধিতা এবং অসম্ভব সুখের কল্পনা লইয়া কৈশোরে পদার্পণ পূর্ব্বক যখন নানা বিষয়ে হতাশ্বাস হইতে আরম্ভ করে, তখন তাহার পূর্ব্ববর্ত্তী স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা হইতে নিউরেস্থিনিয়া—হিষ্টিরিয়া এবং এমন কি, হাইপোকণ্ড্রিয়েসিস্ পর্য্যন্ত উপস্থিত হওয়া অসম্ভব নহে।

নিউরেস্থিনিয়ার প্রধান লক্ষণ মানসিক দুর্ব্বলতা। এই দুর্ব্বলতা হইতে নানা লক্ষণ উপস্থিত হয়। সামান্য কারণে বিষণ্ণ হয়, এই বিষণ্ণভাব দীর্ঘকাল বর্ত্তমান থাকে, সামান্য কারণে ক্রন্দন করে; সামান্য কারণে উত্তেজিতা ও বিচলিতা হইয়া নানা অনর্থ ঘটায়। কোন বিষয়ে দীর্ঘকাল মনঃসংযোগ করিয়া চিন্তা করিতে পারে না, সামান্য পরিশ্রমে ক্লান্তি বোধ করে। তাহার পীড়ার বিষয় আলোচনা করিতে ভাল বাসে এবং ঐ বিষয়ে যাহারা সহানুভূতি প্রকাশ করে, তাহাদের সঙ্গে থাকিলে ভাল বোধ করে। সময়ে সময়ে মানসিক প্রকৃতি এত বিকৃত হয় যে, আত্ম-হত্যা করিতে ইচ্ছা করে।

সুনিদ্রা হইলে মন সুস্থ থাকে, কিন্তু প্রায়ই অনিদ্রা ভোগ করে; এই অনিদ্রার জন্য দুর্ব্বল স্নায়ুমণ্ডল আরও অধিকতর দুর্ব্বল হয়। দুঃস্বপ্নে নিদ্রাভঙ্গ হয়। শরীরের নানা স্থানে নানা প্রকৃতির বেদনা বোধ করে।

মস্তকে বেদনা ও শূন্য বোধ, শিরোঘূর্ণন ও মূর্চ্ছা; আলোকাত্যাসহ, দর্শন-শক্তির ব্যতিক্রম, চক্ষের সম্মুখে জ্যোতিকণা দর্শন, অধ্যয়ন শক্তির বিঘ্ন, কর্ণের চৈতন্যাধিক্য হওয়ায় সামান্য শব্দ প্রবল শব্দবৎ জ্ঞান এবং হস্ত পদে নানারূপ স্পর্শবোধ উপস্থিত হয়। অল্প পরিশ্রমেই ঘর্ম্ম নির্গত হয়। হস্ত পদে কম্প হইতে পারে।

স্নায়বীয় বেদনা—মস্তকে ও পৃষ্ঠদেশে টনটনানী, বাম স্তনের নিম্নে বেদনা, কটিদেশে বেদনা ও তলপেটেও বেদনা বোধ করিতে পারে।

ধমনী স্পন্দনের দ্রুতত্ব, হৃদপিণ্ডের স্থানে বেদনা এবং শ্বাসরোধভাব উপস্থিত হয়। উদরের বৃহৎ ধমনীর স্পন্দন এত প্রবল হয় যে, অর্ব্বুদের সহিত ভ্রম জন্মে। হস্ত পদ শীতল থাকে। হৃদকম্প উপস্থিত হইতে পারে।

খাদ্য দ্রব্য ভক্ষণ করার পরেই উদরের ভার এবং তাহা স্ফীত বোধ হওয়ায় যন্ত্রণা উপস্থিত হইতে পারে। অক্ষুধা এবং কোষ্ঠবদ্ধ থাকা সাধারণ নিয়ম। কিন্তু অনেক স্থলে তরল ভেদ হইতে দেখা গিয়াছে। অজীর্ণ জন্য শরীর জীর্ণ হইতে থাকে; বিবমিষা এবং বমন হয়। অজীর্ণ পীড়ার অন্যান্য লক্ষণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে। এই শ্রেণীর অজীর্ণ পীড়া নারভাস্ ডিস্পেপসিয়া নামে উক্ত হয়। মলদ্বারের কণ্ডুয়ন—যন্ত্রণা প্রভৃতি উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু স্থানিক পরীক্ষায় কোন অস্বাভাবিক পরিবর্ত্তন লক্ষিত হয় নাই।

স্ত্রীলোক দীর্ঘকাল নিউরেস্থিনিয়া ভোগ করিলে কখন কখন শরীর জীর্ণশীর্ণ হয়। কিডনী দোদুল্যমান থাকিতে দেখা গিয়াছে। পুনঃ পুনঃ প্রস্রাব হইতে পারে। স্নায়বীয় পরিবর্ত্তনে মূত্রে অক্সেলেট বা ফস্ফেটের দানা লক্ষিত হওয়ায় তাহার উত্তেজনায় এই উপসর্গ উপস্থিত হয়। অধিক ঘর্ম্ম হওয়া সাধারণ লক্ষণ।

স্নায়বীয় অবসন্নতার জন্য হিষ্টিরিয়া হওয়া সাধারণ। দুশ্চিন্তার কারণ প্রবল হইলেই হিষ্টিরিয়া হইতে দেখা যায়। তজ্জন্য এই পীড়ায় হিষ্টিরিয়ার ফিট হইতে দেখি।

অত্যন্ত অবসাদগ্রস্তা স্ত্রীও পীড়ার বিষয় সামান্য ব্যক্ত করে। আবার সুস্থসবলা সামান্যপীড়িতা স্ত্রী অত্যধিক উত্তেজিতা এবং লক্ষণ সমূহ অসহ্য—এমত ভাব ব্যক্ত করিতে পারে। এইরূপ রোগিণী চিকিৎসাধীনে থাকা সময়ে নিত্য নূতন নূতন যন্ত্রণার বিষয় প্রকাশ করে। যন্ত্রণা একবার উপশম এবং আর বার প্রবল, এইরূপ পুনঃ পুনঃ হইতে দেখা যায়।

মস্তিষ্কের ও মেরুমজ্জার পীড়ার সহিত ভ্রম হইতে পারে। সাবধানে উক্ত পীড়ার লক্ষণ মিলাইয়া দেখিলে ভ্রম দূর হওয়ার সম্ভাবনা।

চিকিৎসা।—বিশেষ কোন ঔষধ নাই। যে কারণ বশতঃ স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা উপস্থিত হইয়াছে, তাহা দূর করাই চিকিৎসা। তৎসহ রোগিণী যাহাতে সুস্থ বোধ করে, তদ্রূপ উপায় অবলম্বন করা উচিত।

১। বেদনা আরোগ্য করা প্রধান কর্ত্তব্য। কারণ, বেদনার জন্যই স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা উত্তরোত্তর প্রবল হয়। সুতরাং বেদনার উপশম করা চিকিৎসকের প্রধান কর্ত্তব্য।—যেমন আর্ত্তব শোণিত অবরোধ জন্য রজঃকৃচ্ছ্র পীড়াসহ স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা উপস্থিত হইলে, রজঃকৃচ্ছ্র পীড়া আরোগ্য করা সময় সাপেক্ষ সুতরাং আশু উপশম জন্য—

℞

ক্লোরাল হাইড্রেট	... ...	gr. x.
টিংচার ক্যানাবিশ ইণ্ডিকা	...	m. x.
টিংচার জেলসিমিয়ম	... ...	m. v.
সিরপ লিমনস্	... ...	℥. ss.
একোয়া ক্লোরোফরম	... ...	℥. iv.

মিশ্র। এক মাত্রা। বেদনার নিবৃত্তি না হওয়া পর্য্যন্ত অল্প সময় পর পর কয়েক মাত্রা সেবন করাইবে। বেদনা উপশম হইলে তৎপর মূল পীড়ার চিকিৎসায় প্রবৃত্ত হওয়া উচিত। কি প্রকৃতির বেদনায় কোন্ ঔষধ প্রয়োগ করিতে হয়, তাহা পূর্ব্বে উল্লিখিত হইয়াছে।

২। দুশ্চিন্তা।—মনের কষ্টে অনেকস্থলে স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা প্রবল হয়, তজ্জন্য রোগিণীর মন প্রফুল্ল রাখা চিকিৎসার অঙ্গ। এতৎসম্বন্ধে অভিভাবকদিগকে সদুপদেশ প্রদান করা কর্ত্তব্য। রোগিণী পীড়ার পরিণাম মন্দ হইবে আশঙ্কা করিয়া ক্রমাগত চিন্তা করিলে অনিষ্ট হইতে পারে। সুতরাং সম্ভাবিত স্থলে পীড়া যে সামান্য তাহা রোগিণীর হৃদবোধ জন্মান উচিত। স্থানিক কোন পীড়া না থাকিলে সরল ভাবে তাহা ব্যক্ত করিবে। যথোপযুক্ত আশ্বাস এবং সদুপদেশ দ্বারা সান্ত্বনা করিবে।

৩। সুনিদ্রা হইলেই স্নায়বীয় পীড়ার উপশম হয়। অহিফেন, ক্লোরাল, ক্লোরাল-আমিদ, প্যারালডিহাইড, সালফোনাল ইত্যাদি নিদ্রাকারক ঔষধ সহসা ব্যবস্থা না করিয়া অনিদ্রার কারণ দূরীভূত করা উচিত—স্নায়বীয় প্রত্যাবর্ত্তক উত্তেজনাই অনিদ্রার কারণ। ব্রোমিনের লবণ এই উত্তেজনা হ্রাস করে, সুতরাং প্রথমে তদুদ্দেশে অল্প মাত্রায় —১২ গ্রেণ সোডিয়ম ব্রোমাইড ব্যবস্থা করিবে। পটাশিয়ম ব্রোমাইড অধিক অবসাদক জন্য বিধেয় নহে। উক্ত ঔষধ কয়েক দিবস প্রত্যহ তিনবার সেবন করিলে সুনিদ্রা হইতে পারে। প্রথম কয়েক দিবস কোন ফল অনুভব করা যায় না, কিন্তু ৩।৪ সপ্তাহ পর সুনিদ্রা হয়। এই সময় মধ্যে উপকার না হইলে আর অধিক দিবস ব্রোমাইড সেবন করাইয়া অবসন্ন করা অনুচিত।

রাত্রি নয়টার সময়ে এরূপ পরিমাণ খাদ্য গ্রহন করিবে যে, উদর পরিপূর্ণ হইয়া নিদ্রার বিঘ্নোৎপাদন না করে। আহারান্তে সেরি,

পোর্ট বা তদ্রূপ কোন সুরা এক আউন্স পরিমাণ পান করিয়া নির্জ্জন প্রকোষ্ঠে শয়ন করতঃ উষ্ণ বস্ত্র দ্বারা পদ দ্বয় আবৃত করিয়া রাখিলে শীঘ্র নিদ্রা হওয়ার সম্ভাবনা।

সাধারণ উপায়ে নিদ্রা না হইলে এবং অনিদ্রার জন্য অধিক অনিষ্ট হওয়ার সম্ভাবনা থাকিলে বাধ্য হইয়া নিদ্রাকারক ঔষধ সেবন করাইতে হয়।

৪। পথ্য যথেষ্ট এবং সহজ পাচ্য হওয়া উচিত। নিউরেস্থিনিয়াগ্রস্তা রোগিণী অজীর্ণ,উদরাধ্মান এবং উদরে বেদনা ইত্যাদি কারণে যথোপযুক্ত খাদ্য গ্রহণ করে না; কাহারও খাদ্য গ্রহণ মাত্র বমন এবং তজ্জন্য রোগিণী কৃশাঙ্গিনী হওয়ায় পাকস্থলীর ক্ষত বা ক্যানসার পীড়ার সন্দেহ জন্মায়। কিন্তু এই বমন স্নায়বীয় প্রত্যাবর্ত্তক উত্তেজনার ফল মাত্র। প্রথমে সদুপদেশ প্রদান করিয়া খাদ্য গ্রহণ করাইতে যত্ন করিবে। অল্প অল্প তরল—দুগ্ধাদি পথ্য পুনঃ পুনঃ সেবন করাইতে হয়। দুগ্ধ সহ মেলিন্‌স বা বেঞ্জার ইত্যাদির ফুড মিশ্রিত করিয়া সেবন করাইলে অধিক উপকার হয়। প্রত্যহ দুই তিন সের তরল পথ্য সহ্য হইলে তৎপর কোমল পথ্য দিবে। তাহা সহ্য হইলে অন্যান্য খাদ্য দেওয়া যাইতে পারে।

তরল পথ্যও বমন হইলে মুখ দ্বারা পথ্য প্রয়োগ না করিয়া মলদ্বার পথে পথ্য প্রয়োগ করা উচিত। কয়েক দিবস এইরূপ পথ্য প্রয়োগ করার পর মুখ দ্বারা তরল পথ্য প্রয়োগ করিবে। এ বারেও বমন হইলে পুনর্ব্বার মলদ্বার পথে পথ্য প্রয়োগ করিবে। এই সমস্ত কার্য্য শিক্ষিতা পরিচারিকা দ্বারা সম্পাদিত হওয়া উচিত। বাড়ীতে রাখিয়া চিকিৎসায় সুফল না হইলে অবিলম্বে রোগিণীকে স্থানান্তরিত করিবে। পীড়া প্রবল হইলেই এই চিকিৎসা-প্রণালী অবলম্বন করিতে হয়. নতুবা সাধারণ অজীর্ণ পীড়ার চিকিৎসা-প্রণালী অবলম্বন—বিসমথ, পেপ্‌সিন,

ক্ষার কার্ব্বনেট, উদ্ভিজ্জাতিক্ত ইত্যাদি ব্যবস্থা করিলেই উপকার হইতে দেখা যায়।

৫। অঙ্গ মর্দ্দন।—রোগিণী দীর্ঘকাল নিয়ত শয্যায় শায়িতা থাকিলে পেশী সমূহ নিস্তেজ এবং ক্ষীণ হইতে থাকে; অঙ্গসঞ্চালনে ইহার প্রতিবিধান হইতে পারে। নিউরেস্থিনিয়া পীড়ায় শোণিত সঞ্চালনের কার্য্য উত্তমরূপে সম্পাদিত না হওয়ায় অঙ্গশাখা সমূহ শীতল বোধ হয়। অঙ্গ মর্দ্দনে ইহার প্রতিবিধান হইতে পারে। এই অঙ্গ মর্দ্দন সময়ে পরিচারিকা চিত্তাকর্ষক গল্পের প্রসঙ্গে রোগিণীকে পীড়ার বিষয় হইতে অন্যমনস্কা করিতে পারিলে তাহাতেও উপকার হয়। সুতরাং ম্যাসাজ (Massage) দ্বারা ফললাভ করিতেছে, রোগিণীর হৃদবোধ হওয়ায় সুফল হয়। এতদ্ব্যতীত অপর কোন বিশেষ ফল হয় না।

৬। গ্যালভেনিজম। ইহাও ম্যাসাজের অনুরূপ কার্য্য করে। পেশীসমূহ সঞ্চালিত হওয়ায় তাহার ক্রিয়া হইতে থাকে। পরন্তু রোগিণী মনে করে যে, তাহার যথেষ্ট চিকিৎসা হইতেছে। সুতরাং আনুসঙ্গিক রূপে উপকার লাভ করা যায়।

৭। ওয়ার মিচেলের (Weir Mitchell) চিকিৎসা-প্রণালী।—ফিলাডেলফিয়ার ডাক্তার ওয়ার মিচেল মহাশয় এই প্রণালীর প্রবর্ত্তক। বিশেষ পরীক্ষা করিয়াও যখন স্নায়ুমণ্ডলের কোন পীড়া অবগত হওয়া যায় না, অথচ রোগিণী দিন দিন রক্ত হীনা জীর্ণাশীর্ণা হইতে থাকে—নিউরেস্থিনিয়া বা হিষ্টিরিয়া পীড়ার জন্য ঐরূপ হইতেছে বলা হয়। সেই স্থলে অন্যান্য চিকিৎসায় উপকার না হইলে এই প্রণালীতে চিকিৎসা করিয়া সুফল লাভ করা যাইতে পারে। চিকিৎসার উদ্দেশ্য।—

১। রোগিণীর বাসস্থান এবং আত্মীয় বন্ধুর সংস্রব হইতে বিচ্ছিন্ন করিয়া কোন নূতন নির্জ্জন স্থানে শিক্ষিতা পরিচারিকার সুশ্রুষায় রক্ষা

করা। এই স্থানে কেবলমাত্র চিকিৎসক ব্যতীত অপর কাহাকেও যাইতে না দেওয়া।

২। শান্ত ও সুস্থির অবস্থায় শায়িতা রাখিয়া বৈদ্যুতিক স্রোত ও অঙ্গ মর্দ্দন দ্বারা পৈশিক শক্তি সঞ্চয়।

৩। যথেষ্ট খাদ্য প্রদান। প্রথম তিন চারি দিবস কেবলমাত্র যথেষ্ট দুগ্ধ পান করাইয়া রাখিবে। তৎপর অঙ্গ মর্দ্দন এবং গ্যালভেনিজম ব্যবস্থা করিবে।

৪। চারি দিবস মৎস্য ও মাংসের ঝোল, দুগ্ধ এবং সহজ পাচ্য অন্য পথ্য দিবে।

৫। উপরোক্ত পথ্য দিয়া পরে রোগিণীকে যথেষ্ট খাদ্য প্রদান করিবে। খাদ্য গ্রহণে অসম্মতা হইলেও যথাসম্ভব সবলে অধিক পথ্য প্রদান করিবে।

৬। যথেষ্ট পথ্য দ্বারা পরিপুষ্টা হইলে নিয়মিত শ্রমে অভ্যাস করাইবে।

এই চিকিৎসায় উপকার হয় সত্য, কিন্তু পূর্ব্ব স্থানে প্রত্যাগমন করিলেই পুনর্ব্বার পীড়া উপস্থিতের আশঙ্কা বর্ত্তমান থাকে। পরন্তু এই চিকিৎসা-প্রণালী বহু ব্যয়সাধ্য। এবং স্নায়বীয় পীড়াগ্রস্তা—পরিপোষণের অভাব জন্য রক্তহীনা কৃশাঙ্গিনীর কেবল উপকার হয়। কোনরূপ বেদনাযুক্ত যান্ত্রিক পীড়া কিম্বা অপর কোন পীড়ায় উপকার হয় না।

৮। উন্মুক্ত নির্ম্মল বায়ুতে শারীরিক পরিশ্রম উপকারী হইলেও অস্মদ্দেশীয় প্রচলিত সামাজিক প্রথানুসারে আমরা এই প্রণালী অবলম্বন করিতে পরাঙ্মুখ হই। বিশেষ আবশ্যক হইলে, বিঘ্নকারী আত্মীয় স্বজনের সংস্রব হইতে দূরদেশে—উত্তর পশ্চিম কিম্বা অপর কোন স্বাস্থ্যকর স্থানে লইয়া চিকিৎসা করিলে সুফল হইতে পারে।

৯। ঔষধ।—আর্সেনিক উপকারী। চিন্তাশীলা, অত্যধিক ক্লান্তা, উত্তেজিতা, জীর্ণাশীর্ণা, অধৈর্য্যা, ও উদ্যমশীলাবস্থায় আর্সেনিক বিশেষ উপকার করে, কিন্তু স্থূলরসপ্রধান আলস্য পরতন্ত্রাবস্থায় কোন উপকার করে না। স্পিরিট এমোনিয়া ফেটিট, টিংচার ভেলেরিয়ান এমোনিয়া প্রভৃতি প্রয়োজিত হয়। এই শ্রেণীর ঔষধে উপকার না হইলেও অপকার হয় না। কুইনাইন, নক্সভমিকা ইত্যাদি সেবন করাইলে ক্ষুধা বৃদ্ধি হয় সত্য, কিন্তু ফল স্থায়ী হয় না। নীরক্তাবস্থায় লৌহ উপকারী। চা ইত্যাদি অপকারী।

হিষ্টিরিয়া।

(Hysteria.)

হিষ্টিরিয়া পুরুষ এবং স্ত্রী, উভয় শ্রেণীর সাধারণ পীড়া হইলেও পুরুষ অপেক্ষা স্ত্রীলোকের অধিক হয় এবং জরায়ুসংশ্লিষ্ট—এমত প্রবাদ আছে জন্য এস্থলে সংক্ষেপে তাহা উল্লিখিত হইল।

হিষ্টিরিয়া বলিলে আমরা এই বুঝিতে পারি যে, ইহা এক প্রকার স্নায়বীয় পীড়া কিন্তু স্নায়ুমণ্ডলের কোন যান্ত্রিক পরিবর্ত্তন হয় কি না, বর্ত্তমান সময় পর্য্যন্ত আমরা তাহা অবগত নহি।

হিষ্টিরিয়ায় দুই শ্রেণীর লক্ষণ উপস্থিত হয়। (১) আক্ষেপ। (২) বিবিধ স্নায়বীয় লক্ষণ—পদের পক্ষাঘাত, বাক্যরোধ, দর্শন, শ্রবণ ও ঘ্রাণশক্তির অভাব বা ব্যতিক্রম, মূত্রাবরোধ, বমন, কাশী এবং ভিন্ন ভিন্ন স্থানে বেদনা ইত্যাদি বিবিধ লক্ষণ উপস্থিত হয়। আমরা উক্ত লক্ষণের কোন কারণ স্থির করিতে না পারিলেই হিষ্টিরিয়ার—স্নায়বীয় দুর্ব্বলতার ফল মনে করি। অনেকে মনে করেন যে, ইহা জননেন্দ্রিয় সংশ্লিষ্ট প্রত্যাবর্ত্তক লক্ষণ মাত্র। কিন্তু তৎস্থানেও কোন কারণ না থাকিতে পারে। অথবা একই সময়ে উভয় পীড়া বর্ত্তমান থাকা

অসম্ভব নহে। যে বয়সে হিষ্টিরিয়া অধিক হয়, সেই বয়সে জননেন্দ্রিয়ের পীড়া অল্প হইতে দেখা যায়। কিন্তু এই বয়সে কাম প্রবৃত্তি উত্তেজিত হয়, সুতরাং তৎসংশ্লিষ্ট হওয়া অসম্ভব নহে।

বস্তিগহ্বরে তিনটী স্নায়বীয় লক্ষণ অধিক সংখ্যায় উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

১। মূত্রাবরোধ।—কোন কারণ নাই, অথচ প্রস্রাব করিতে পারে না। এরূপ ঘটনা মধ্যে মধ্যে উপস্থিত হয়। প্রথমে মনে করা হয়, হয় তো কোন স্থানিক কারণ বর্ত্তমান থাকিতে পারে, কিন্তু পরীক্ষা করিয়া কিছুই প্রাপ্ত হওয়া যায় না। এইরূপ স্থলে রোগিণীকে ক্যাথিটার প্রবেশ করান শিক্ষা দেওয়া এবং বিরেচক ব্যবস্থা করা উচিত। পরন্তু যতক্ষণ সাধ্য প্রস্রাব বন্ধ রাখিতে যত্ন করিলে আপনা হইতে প্রস্রাব হইতে পারে।

২। বস্তি গহ্বরে বেদনা।—এমত অনেক রোগিণী দেখিতে পাওয়া যায় যে, ক্রমাগত বস্তি-গহ্বরে বেদনার বিষয় প্রকাশ করিতেছে, অথচ নিয়মিত কার্য্যও সম্পাদন করিতেছে। বেদনার জন্ত শরীর ক্ষয় কিম্বা অন্য কোন অসুস্থাবস্থা পরিলক্ষিত হয় না। বেদনার কোন কারণ স্থির করা যায় না এবং চিকিৎসায়ও কোন উপকার হয় না। এইরূপ বেদনা হিষ্টিরিকেল বেদনা নামে উক্ত হয়। এইরূপ স্থলে যত চিকিৎসা না করা যায়, ততই ভাল।

৩। পীড়ার কল্পনা।—জরায়ুতে কোন পীড়া নাই। অথচ রোগিণীর বিশ্বাস তাহার জরায়ু স্থান ভ্রষ্ট, জরায়ু মুখে ক্ষত, কিম্বা তদ্রূপ কোন পীড়া হইয়াছে। সে তদ্বিষয় চিকিৎসকের নিকট প্রকাশ করে এবং সর্ব্বদা চিন্তা করে। এইরূপ বিশ্বাস দূর করা অত্যন্ত কঠিন।

উক্ত মানসিক পীড়ার চিকিৎসায় উপদেশ প্রদান করিতে হয়। যেরূপ ঔষধ প্রয়োগে কোন অনিষ্ট হইবে না, তাহা প্রয়োগ করা

বাড়িতে পারে। চিকিৎসকের প্রতি রোগিণীর বিশ্বাস না জন্মিলে পীড়া আরোগ্য হওয়া অসম্ভব। আবশ্যক হইলে স্থানিক এরূপ ঔষধ প্রয়োগ করিবে যে, তদ্দ্বারা কোন অনিষ্ট না হইতে পারে এবং রোগিণীর বিশ্বাস জন্মে যে, তাহার যথেষ্ট চিকিৎসা হইতেছে। অনেক স্থলে পীড়ার প্রতি অগ্রাহ্য করায় আরোগ্য হইতে দেখা গিয়াছে। চিকিৎসকের প্রধান কর্ত্তব্য, রোগিণীকে তাঁহার ভক্তিবিশ্বাসের বশীভূত করা।

কোন কোন চিকিৎসকের মতে হিষ্টিরিয়া কোন পীড়া নহে, কেবল পীড়ার ভাণ মাত্র। আমরা চিকিৎসায় যে সমস্ত রোগিণী প্রাপ্ত হই, তন্মধ্যে কোন কোনটি কোন বিশেষ উদ্দেশ্যসিদ্ধির জন্য পীড়ার ভাণ করে, তাহা নিশ্চিত।

হিষ্টিরিয়ারফিট।—অনেকে কেবল আক্ষেপ হইলেই তাহা হিষ্টিরিয়া বলেন। কিন্তু হিষ্টিরিয়া পীড়াগ্রস্তা স্ত্রীলোকের মধ্যে কেবল এক চতুর্থাংশের মাত্র আক্ষেপ হয়। সুতরাং আক্ষেপ হিষ্টিরিয়ার প্রধান লক্ষণ নহে। স্নায়বীয় দুর্ব্বলতা কিম্বা স্নায়বীয় অবসন্নতার ফলেই হিষ্টিরিয়া উপস্থিত হয়। পুরুষ অপেক্ষা স্ত্রীলোকের স্নায়ুমণ্ডল দুর্ব্বল, তজ্জন্য স্ত্রীলোকের উক্ত পীড়ার সংখ্যা অধিক, পরন্তু সবল লোকেরও হিষ্টিরিয়া হইতে দেখা যায়। স্ত্রী-জননেন্দ্রিয় সংশ্লিষ্ট পীড়ায় নিউরেস্থিনিয়া অধিক হয়, নিউরেস্থিনিয়া অধিক হইলেই হিষ্টিরিয়ারফিট হয়। দীর্ঘকাল মনস্তাপ, কঠিন শ্রম, অত্যধিক উত্তেজনা কিম্বা তদ্রূপ কোন ঘটনায় স্নায়ুমণ্ডল অবসন্ন হইয়া পড়িলে হিষ্টিরিয়ার আক্ষেপ উপস্থিত হইতে পারে। আক্ষেপ আরম্ভ হওয়ার পূর্ব্ব মুহূর্ত্তে অকস্মাৎ এক প্রকার বিশৃঙ্খল ভাব উপস্থিত হয়—মৃগীর আক্ষেপ উপস্থিত হওয়ার পূর্ব্বে যেমন অরা উপস্থিত হয়, ইহাও কিয়দংশে তদ্রূপ। বিশৃঙ্খল ভাব উপস্থিত হওয়ার পর মুহূর্ত্তে উদরের অস্বাভাবিক স্পর্শ বোধ— গোলার অনুরূপ কোন বস্তু উর্দ্ধাভিমুখে—কণ্ঠদেশে উত্থিত হইতেছে,

এমত বোধ হয়। ইহাই গ্লোবাস্ হিষ্টিরিকাস্ (Globus Hystericus) নামে উক্ত হয়। কখন কখন এই সময়ে এত পৈশিক দুর্ব্বলতা উপস্থিত হয়, যে, রোগিণী ভূতলে পতিতা হয়। ইহার পরেই হস্তপদাদির আক্ষেপ উপস্থিত হয়। রোগিণী উচ্চ ক্রন্দন বা হাস্য করিতে পারে। কিন্তু তাহার সংজ্ঞা সম্পূর্ণ বিলুপ্ত হয় না, কিম্বা দৈহিক ক্রিয়াও আয়ত্বের সম্পূর্ণ বহির্ভূত হয় না। এই কারণ বশতঃই অনেক স্থলে রোগিণী ভূতলে পতিতা হয় না এবং কদাচিৎ পতিত হইলেও গুরুতর আঘাত প্রাপ্ত হয় না। এই সময়ে ধমনী স্পন্দনের সংখ্যা অধিক চঞ্চল এবং আক্ষেপ নিবৃত্তি হইলে জলবৎ যথেষ্ট প্রস্রাব হয়। আক্ষেপ সময়ে দন্ত দ্বারা জিহ্বা কর্ত্তিত কিম্বা মলমূত্র নির্গত হয় না। আক্ষেপ সময়ে জ্ঞানের সম্পূর্ণ বিলোপ না হওয়ায় তৎকালে যে সমস্ত ঘটনা উপস্থিত হয়, তাহা বেশ বুঝিতে পারে। কিন্তু আত্মসম্বরণশক্তি না থাকায় আক্ষেপ, ক্রন্দন, হাস্য ও উচ্চ শব্দ ইত্যাদি কিছুই তাহার আয়ত্বাধীন থাকে না। সুতরাং অনিচ্ছা সত্বেই আক্ষেপাদি উপস্থিত হয়।

জননেন্দ্রিয় পরম্পরিতভাবে হিষ্টিরিয়ার কারণ স্বরূপ হইতে পারে। কারণ, জননেন্দ্রিয়ের অনেক পীড়ায় স্নায়ুমণ্ডলের দুর্ব্বলতা উপস্থিত হয়। স্নায়ুমণ্ডলের দুর্ব্বলতার জন্য হিষ্টিরিয়া উপস্থিত হয়। অনেক স্থলে হস্ত-মৈথুনের জন্য হিষ্টিরিয়া হইতে পারে সত্য, কিন্তু স্ত্রীরোগ চিকিৎসকের উক্ত বিষয় অনুসন্ধান পরায়ণ হওয়া বিপজ্জনক। উক্ত বিষয় কোন স্ত্রীলোক কখন প্রকাশ করে না সুতরাং চিকিৎসককে অপদস্থ হইতে হয়। অত্যধিক হস্ত মৈথুনের পরিণাম ফল—সঙ্গমেচ্ছার বিলোপ।

ইহার চিকিৎসা নিউরেস্থেনিয়ার চিকিৎসা প্রণালীর অনুরূপ। স্নায়ুমণ্ডল সবল করাই চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য। জননেন্দ্রিয়ের

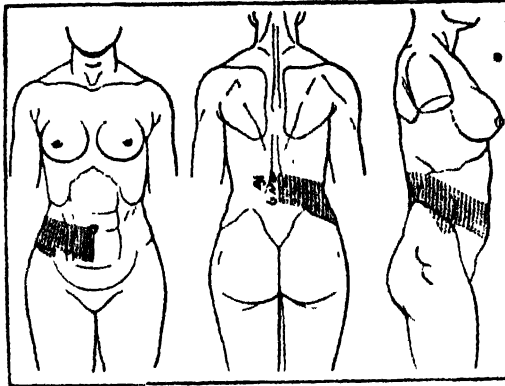
কোন পীড়া থাকিলে তাহার চিকিৎসার ফলও পরস্পরিতভাবে হিষ্টিরিয়ার চিকিৎসার সাহায্য করে.

উফরেলজিয়া।

(Oophoralgia.)

অণ্ডাশয়ে নানা প্রকৃতির বেদনা হয়, তন্মধ্যে অনেকস্থলে বেদনার স্থানিক কারণ নির্ণয়ে অক্ষম হইয়া সাধারণতঃ স্নায়বীয় বেদনা বলিয়া সংজ্ঞা নির্দ্দেশ করি। প্রদাহই ঐরূপ বেদনার কারণ হইতে পারে কিন্তু অনেকস্থলে প্রদাহের কোন লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে না। অণ্ডাশয়ের স্থানে গভীর সঞ্চাপ দিলে অন্যান্য স্থান অপেক্ষা অধিক বেদনা বোধ করে। জননেন্দ্রিয়ের প্রায় অনেক পীড়াতেই অণ্ডাশয়ে বেদনা হয়। প্রদাহসম্ভূত পীড়ায় এতৎসহ অণ্ডাশয় আবদ্ধ থাকে কিন্তু স্নায়বীয় বেদনায় অণ্ডাশয় সঞ্চালনীয় থাকে। জরায়ু ইত্যাদির পীড়ায়ও কোন স্থানিক লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে না। বেদনা অণ্ডাশয়ের স্থানে সীমাবদ্ধ,—রোগিণী অঙ্গুলী দ্বারা ইলিয়মের উর্দ্ধাগ্র স্পাইন হইতে দুই ইঞ্চ অভ্যন্তর দিকে বেদনার স্থান নির্দ্দিষ্ট করিয়া দেখায়, উহাই বেদনার নির্দ্দিষ্ট অথবা কেন্দ্রস্থল,—তথা হইতে সেই পার্শ্বের উরুদেশে, স্তনে, এবং পশ্চাতে বিস্তৃত হয়। উভয় হস্তের পরীক্ষাতেও অণ্ডাশয়ে বেদনা বোধ করে অথচ পরীক্ষা দ্বারা কোন স্থানিক পীড়ার বিষয় অবগত হওয়া যায় না।

প্রত্যেক যান্ত্রিক বেদনা তত্রস্থিত ত্বকেও প্রতিফলিত হয়। অণ্ডাশয়ের বেদনাও ত্বকের এক নির্দ্দিষ্ট সীমা মধ্যে পরিব্যাপ্ত হইতে দেখা যায়। পশ্চাৎ দশমপৃষ্ঠ স্নায়ুর মূল হইতে ত্বকের যে যে অংশ স্পর্শবোধক স্নায়ু প্রাপ্ত হয়,সেই সমস্ত অংশে অণ্ডাশয়ের বেদনা বিস্তৃত হইয়া থাকে। এই অংশ দেহের অনুপ্রস্থভাবে পশ্চাতে প্রথম, দ্বিতীয় এবং তৃতীয় পৃষ্ঠ

কশেরুকা, সম্মুখে পিউবিস ও নাভির মধ্যস্থিত অংশের ঊর্দ্ধ অর্দ্ধাংশের সমস্ত অংশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত। পরন্তু নিম্নাভিমুখে ইলিয়মের ক্রেষ্টের

সম্মুখ পশ্চাৎ পার্শ্ব

১১৯ তম চিত্র। বিন্দু বিন্দু চিহ্নিত অংশের ত্বকে অণ্ডাশয়ের বেদনা বিস্তৃত হয়।
ক-১-২-৩—প্রথম, দ্বিতীয় এবং তৃতীয় কটিকশেরুকার স্থান।

সম্মুখাংশের কিয়দংশ স্থান পর্য্যন্ত শাখার অনুরূপভাবে বিস্তৃত হয়। অনেক সময়ে অণ্ডাশয়ে বেদনা না থাকা সত্ত্বেও এই স্থানের ত্বকে বেদনা অনুভব করে। এই অংশের ত্বকে পিনের সূক্ষ্ম অস্ত্র দ্বারা স্পর্শ করিলে সূক্ষ্ম অস্ত্র দ্বারা বিদ্ধ করা হইয়াছে, এমত অনুভব করিয়া চমকিয়া উঠে। রোগিণী বুদ্ধিমতী হইলেই একরূপ স্থান নির্দ্দেশ সম্ভবপর হইতে পারে। পরন্তু সকল সময়ে ঐ স্থানের বেদনা সমভাবে বর্ত্তমান থাকে না। বামপার্শ্বের ফেলোপিয়ন নল ও অণ্ডাশয়ের বন্ধনী ক্ষুদ্র, এবং বামপার্শ্বের অণ্ডাশয় সরলান্ত্রের অধিক সন্নিকটবর্ত্তী, সরলান্ত্র সর্ব্বদা সঞ্চালিত হওয়ায় অণ্ডাশয়ও সঞ্চালিত হয়। তজ্জন্য অধিকাংশ স্থলে বাম পার্শ্বেই বেদনা হয়।

কি জন্য ঐ বেদনা উপস্থিত হয়; আমরা তাহা অবগত নহি। রক্তাধিক্য হইয়া পুরাতন প্রদাহের ফলে ঐরূপ বেদনা হয়; এমত কেহ কেহ বলেন, কিন্তু তাহা সত্য কি না সন্দেহ আছে। অনেকেই স্নায়বীয় বেদনা বলেন, কিন্তু বেদনার প্রকৃতি তদ্রূপ নহে। অনেকস্থলে স্নায়বীয় দুর্ব্বলতার জন্যই এই বেদনা উপস্থিত হয়। অনুপযুক্ত স্বামী জন্য মনঃকষ্ট—তৎপর অণ্ডাশয়ের উত্তেজনা—বেদনার দৃষ্টান্ত যথেষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়।

অল্প সময় পর পর অধিক সন্তান হওয়ায় স্নায়ুশক্তি দুর্ব্বল হয়—শরীর কৃশ হইতে থাকে, অজীর্ণ, কোষ্ঠবদ্ধ, অনিদ্রা, দুঃস্বপ্ন, উত্তেজনা এবং স্মরণ শক্তির হ্রাস, শিরঃপীড়া ইত্যাদি নিউরেস্থিনিয়ার লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। অজীর্ণ হওয়ায় উত্তম নিদ্রা হয় না, অনিদ্রা জন্য স্নায়ুশক্তি ক্ষীণ হয়, স্নায়ুশক্তি ক্ষীণ হওয়ায় অণ্ডাশয়ে বেদনা হয়। আবার অণ্ডাশয়ে বেদনার জন্য স্নায়ুশক্তি আরও ক্ষীণ হয়। এইরূপে মন্দ লক্ষণসমূহ পরস্পার পরস্পরের উৎপত্তির কারণ স্বরূপ হওয়ায় নিউরেস্থিনয়া প্রবল হয়।

বেদনা অণ্ডাশয়ের স্থান হইতে অন্যত্র বিস্তৃত, মলমূত্র ত্যাগ সময়ে বেদনা, পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগেচ্ছা, শ্বেতপ্রদর, অণ্ডাশয় নিম্নে অবস্থিত হইলে সঙ্গম কষ্ট,—সঙ্গমান্তে এক ঘণ্টাকাল বেদনার স্থায়িত্ব, আর্ত্তব স্রাব আরম্ভের অল্প পূর্ব্বে এবং সম সময়ে সমস্ত লক্ষণের প্রাবল্য, বিশৃঙ্খল আর্ত্তবস্রাব, শান্ত সুস্থির অবস্থায় শায়িত থাকিলে যন্ত্রণার উপশম এবং সঞ্চালনে বৃদ্ধি হয়। অণ্ডাশয়ে শৈরিক রক্তাবেগের প্রাবল্যই এই সমস্তের কারণ।

চিকিৎসা।—শান্ত সুস্থির অবস্থায় থাকা, দুশ্চিন্তা পরিহার, বায়ু পরিবর্ত্তন, ম্যাসাজ, গ্যালভেনিজম ইত্যাদি উপকারী। নিদ্রার জন্য ব্রোমাইড অফ্ সোডিয়ম উপকারী, কিন্তু অধিক দিবস ব্যবহার করিলে

অবসন্নতা প্রবল হয়। ব্রোমাইডসহ ক্ষুধা বৃদ্ধির জন্য ক্ষার কার্বনেট, উদ্ভিজ্জ তিক্ত, লঘুপথ্য ও অল্পমাত্রায় উত্তেজক মদ্য ইত্যাদি ব্যবস্থা করিবে। স্থানিক প্রত্যুগ্রতা সাধক ঔষধ দ্বারা উপকার হয়—লিনিমেণ্ট আইওডিন সপ্তাহে ২।৩ বার প্রয়োগ করিলে উদ্দেশ্য সিদ্ধি হইতে পারে। লিনিমেণ্ট ক্যাপ্‌সিকম কম্পাউণ্ড উপকারী। উষ্ণ ডুস ও উপকারী। পারক্লোরাইড অফ মার্কারী, ভেলেরিয়েনেট জিঙ্ক, পটাশ আইওডাইড, এবং নিরক্তাবস্থায় লৌহ উপকারী। সঙ্গম পরিবর্জ্জনীয়।

অণ্ডাশয়ের আরও নানা শ্রেণীর বেদনা, কটিদেশের বেদনা (Backaches), শিরোবেদনা (Headaches) ইত্যাদি জননেন্দ্রিয় সংশ্লিষ্ট স্নায়বীয় বেদনার মধ্যে মধ্যে পরিগণিত করা হয়; বাহুল্য বোধে তৎসমস্ত উল্লিখিত হইল না। গ্রন্থমধ্যে যথাস্থানে প্রত্যেক পীড়া বর্ণনার সময়ে এ বিবরণ বর্ণিত হইয়াছে।

সম্পূর্ণ

বর্ণানুক্রমিক নির্ঘণ্ট।

অ

ও

ক

য

র

ক্ষ